Asociace klinických logopedů České republiky, z.s.

Rumunská 1

120 00 Praha 2

**Oznámení o nároku na platbu sníženého členského příspěvku AKLČR, z.s.**

Já………………………………………………………………………………………………………………..ID………………………

uplatňuji svůj nárok platit snížený členský příspěvek, splatný ke dni 28. 2. každého kalendářního roku, z důvodu čerpání mateřské, či rodičovské dovolené k tomuto datu

pro rok……………………………………

1. Beru na vědomí, že jako jednorázový doklad mého nároku může být přijata:
2. kopie potvrzení OSSZ o přiznání sociální podpory

nebo

1. potvrzení zaměstnavatele o čerpání MD/RD

nebo

1. čestné prohlášení, že součet mých pracovních úvazků u zaměstnavatelů nepřekračuje 0,49

a příslušný doklad přikládám jako přílohu k tomuto oznámení na adresu: **sekretariat@aklcr.cz**

1. Prohlašuji, že v období čerpání MD/RD nemám jiné finanční příjmy související s oborem činnosti klinické logopedie, či jsem zaměstnancem do výše úvazků 0,49 a nejsem zřizovatelem NZZ.
2. Prohlašuji, že při nedohledání příslušných dokladů prokážu účinnou součinnost a doklad na vyžádání Sekretariátu, nebo Rady spolku, v co nejkratším termínu zašlu.
3. Beru na vědomí, že toto oznámení spolu s přiloženými doklady se týká následujících 12 měsíců ode dne oznámení, pokud se stav čerpání sociální podpory během MD/RD nezmění. V takovém případě oznámím na Sekretariátu AKL změnu.
4. Prohlašuji, že následující rok čerpání MD/RD zašlu nové oznámení s příslušnými doklady.

V…………………………………………………………dne……………………………………………….

Podpis……………………………………………………………………………………………………………………………………..