

_____ (naziv privrednog društva / ustanove)

_____ (PIB i matični broj)

_____ (telefon)

_____ (datum)

Na zahtev našeg zaposlenog _____, potvrđujemo da je isti kod nas zaposlen na neodređeno vreme, počev od _____ godine i da mu prosečna neto zarada za poslednja tri meseca iznosi _____ dinara, a iznos poslednje isplaćene neto zarade, za mesec _____, _____ godine je _____ dinara.

Zaposleni _____ ima obustavu / administrativnu zabranu na zaradu u iznosu od _____ dinara.

Zarada zaposlenog se na ime pružanja zdravstvenih usluga u **Poliklinici za internu medicinu, pedijatriju i neuropsihijatriju Kardio medika**, Niš, ul.Vojvode Mišića br.58, može maksimalno zadužiti do iznosa od 1/3 mesečne zarade, odnosno do _____ dinara, uzimajući u obzir obustave na zaradi koje zaposleni ima po bilo kom osnovu.

Rešenje o administrativnoj zabrani dostaviti na adresu _____.

Potvrđujemo da ćemo istu realizovati počev od prve isplate zarade prema dinamici mesečnih rata, saglasno Ugovoru _____ od _____ godine. Ovu potvrdu izdajemo pod punom materijalnom odgovornošću.

REŠENJE o administrativnoj zabrani

Na zaradu _____, stavlja se Administrativna zabrana na ukupan iznos od _____ dinara, u _____ rate. Mesečne rate uplaćuju se u korist **Poliklinike za internu medicinu, pedijatriju i neuropsihijatriju Kardio medika**, Niš, i to:

Prva rata u iznosu od _____ dinara dospeva za naplatu _____ godine.

Druga rata u iznosu od _____ dinara dospeva za naplatu _____ godine.

Treća rata u iznosu od _____ dinara dospeva za naplatu _____ godine.

Iznos obustavljenih rata uplaćivati na tekući račun **Poliklinike za internu medicinu, pedijatriju i neuropsihijatriju Kardio medika**, broj : **105-23280-29**.

Dostavljanjem ovog rešenja potvrđujemo sledeće:

1. U slučaju da imenovanom radniku prestane radni odnos, obavezujemo se da Vas o tome obavestimo u roku od 3 dana od dana prestanka radnog odnosa.
2. Prihvatamo da snosimo sve zakonske posledice predviđene važećim propisima zbog neizvršenja obaveze iz ovog rešenja o Administrativnoj zabrani.

M.P.

_____ Ovlašćeni radnik poslodavca

IZJAVA

Saglasan sam da se od moje zarade, na ime pružanja zdravstvenih usluga u **Poliklinici za internu medicinu, pedijatriju i neuropsihijatriju Kardio medika**, Niš, ul.Vojvode Mišida br.58, stavi Administrativna zabrana i odbije mesečno po _____ dinara u trajanju od _____ meseci.

U slučaju da se od moje zarade ne može izvršiti odbijanje dospеле rate za plaćanje po osnovu Administrativne zabrane za pružanje zdravstvenih usluga, bez obzira na razlog nemogućnosti uplate, obavezujem se da ću plaćanje dospеле rate izvršiti neposredno uplatom na tekući račun Poliklinike za internu medicinu, pedijatriju i neuropsihijatriju Kardio medika.

Saglasan sam da se u slučaju prestanka radnog odnosa kod Poslodavca sve rate po osnovu pružanja zdravstvenih usluga putem Administrativne zabrane smatraju dospelim i da se od moje poslednje zarade obustavi celokupan iznos dugovanja prema **Poliklinici za internu medicinu, pedijatriju i neuropsihijatriju Kardio medika** po tom osnovu, i ako bi obustava prelazila 1/3 moje zarade.

Potpis korisnika usluga - zaposlenog

Adresa

Broj lične karte

MUP

JMBG