**ИЗЈАВА О ПРЕУЗИМАЊУ РАДНИКА ПО ПРОПИСАНИМ УСЛОВИМА**

**Изјава бр. 2**

У складу са чланом 147. – 151. и чланом 108. став 2. Закона о раду („Службени гласник РС,“бр. 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013 и 75/2014), дајем следећу

**ИЗЈАВУ**

Ја, као овлашћени представник понуђача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(назив понуђача), изјављујем да ПРИХВАТАМ преузимање свих запослених, који су на дан потписивања Уговора о закупу апотека Дома здравља Апатин затечени на обављању фармацеутске делатност, под условима из члана 147. 151. и члана 108. став 2. Закона о раду („Службени гласник РС,“бр. 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013 и 75/2014) укупно \_\_\_ дипл. фармацеута , \_\_\_ фармацеутска техничара, списак запослених је прилог овој изјави .

Потврђујем, да преузетим запосленим лицима неће престати радни однос, већ остају у радном односу у нашој апотеци са свим правима и обавезама које су имали на дан промене послодавца, те нарочито имају право на обрачун минулог рада који се рачуна од дана заснивања радног односа у Дому здравља у Апатин.

Ако услед технолошких, економских или организационих промена престане потреба за обављањем одређеног посла или дође до смањења обима посла, запослени који су преузети, остварују право на отпремнину за цео радни стаж,који се рачуна од дана заснивања радног односа у Дому здравља у Апатину.

Потписивањем ове изјаве потврђујем да сам обавештен у потпуности о условима преузимања запослених у смислу Закона о раду, те да непоштовањем прописаних услова преузимам сву одговорност за раскид Уговора о закупу Апотека Дома здравља Апатин

Место:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Понуђач:

Датум: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_