OSOBNI PODACI

Ime: ANA Prezime: TUDOR
OIB: 56031674043 MBO: 130969549

Ime roditelja	PAVLE
Prebivalište	ULICA PAVLA RADIĆA 2/A, SLAVONSKI BROD, 35000 SLAVONSKI BROD
Boravište	
Državljanstvo	REPUBLIKA HRVATSKA
Država i mjesto rođenja	ITALIJA, TORINO
Datum rođenja	18.04.1982
Spol	ŽENSKI
Područna služba	PU Slavonski Brod

ČLANOVI

OIB	MBO	Ime i prezime	Akcije

Nema pronađenih zapisa

Zegres po plaćenim obračunima

5 04-02/25-01/1138

19-03-2025

AKTIVNE PRIJAVE

Datum stjecanja statusa	Datum prestanka statusa	OIB obveznika	MB/DZS	Obveznik uplate	Osnova osiguranja	Status u osiguranju	Broj radnih sati	Akcije

Nema pronađenih zapisa

NEAKTIVNE PRIJAVE

Datum stjecanja statusa	Datum prestanka statusa	OIB obveznika	MB/DZS	Obveznik uplate	Osnova osiguranja	Status u osiguranju	Broj radnih sati	Akcije
01.04.2023	29.05.2023	18683136487	03205991	REPUBLIKA HRVATSKA MINISTARSTVO FINANCIJA	00185 - osobe s prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj , koje nisu obvezno zdravstveno osigurane po drugoj osnovi i koje su se prijavile Zavodu u roku od 30 dana od dana prestanka radnog odnosa, obavljanja djelatnosti ili od dana prestanka primanja naknade plaće na koju imaju pravo prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, nakon prestanka mandata zastupnika u Europskom parlamentu, nakon prestanka radnog odnosa u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Europske unije koje zapošljavaju dužnosnike i privremene ili ugovorne službenike te državljanin druge	NOSITELJ		

privremenim boravkom u Republici Hrvatskoj nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja gospodarske ili profesionalne djelatnosti na državnom području Republike Hrvatske. NE VODE SE U EVIDENCIJI NEZAPOSLENIH OSOBA HHZ-a

					prebivalištem, odobrenim stalnim boravkom dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj , koje nisu obvezno zdravstveno osigurane po drugoj osnovi i koje su se prijavile Zavodu u roku od 30 dana od dana prestanka radnog odnosa, obavljanja djelatnosti ili od dana prestanka primanja naknade plaće na koju imaju pravo prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, nakon prestanka mandata zastupnika u Europskom parlamentu, nakon prestanka radnog odnosa u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Europske unije koje zapošljavaju dužnosnike i privremene ili ugovorne službenike te državljanin druge države članice s odobrenim privremenim boravkom u Republici Hrvatskoj nakon prestanka radnog odnosa, odnosno obavljanja gospodarske ili profesionalne djelatnosti na državnom području Republike Hrvatske. - VODE SE U EVIDENCIJI NEZAPOSLENIH OSOBA HZZ-a		
19.01.2004	31.03.2023	18683136487	03205991	REPUBLIKA HRVATSKA MINISTARSTVO FINANCIJA		NOSITELJ	
14.01.2004	16.01.2004	77252256531		KUĆANSTVO	00130 - osobe u radnom odnosu kod fizičke osobe	NOSITELJ	8:00

STORNIRANE PRIJAVE

Datum stjecanja statusa	Datum prestanka statusa	OIB obveznika	MB/DZS	Obveznik uplate	Osnova osiguranja	Status u osiguranju	Broj radnih sati	Datum storniranja	Akcija

Nema pronađenih zapisa

COMISIÓN ADMINISTRATIVA
PARA LA SEGURIDAD SOCIAL DE
LOS TRABAJADORES MIGRANTES

E 125 | ES (1)

ESTADO INDIVIDUAL DE GASTOS EFECTIVOS

Reglamento (CEE) nº 1408/71: artículo 36.1 y 2; artículo 63.1; artículo 87.1
Reglamento (CEE) nº 574/72: artículo 93.1, 2, 4 y 5; artículo 105.1
Cumplimentar un formulario por beneficiario.

El formulario deberá cumplimentarse en caracteres de imprenta, utilizando únicamente las líneas de puntos. Se compone de tres páginas; ninguna de ellas podrá suprimirse.

1. Factura nº HR 4300003 ☐ 1er semestre ☒ 2º semestre ejercicio 2023

2. Institución destinataria

2.1 Denominación: CROATIAN HEALTH INSURANCE FUND BRAN CH OFFICE SLAVONSKI BROD
2.2 Número de identificación de la Institución: 1080
2.3 Dirección: ULICA TOME SKALICE 4 ; 35000 ; SLAVONSKI BROD

3. Beneficiario de la asistencia

3.1 Apellido(s) (2): TUDOR
3.2 Apellido(s) de nacimiento (si difieren del apellido actual):
3.3 Nombre: ANA — Fecha de nacimiento: 18/04/1982
3.4 Número de identificación personal (3):
a) asignado por la institución competente: 130969549
b) asignado por la institución acreedora:
3.5 La persona asegurada es
☐ un trabajador por cuenta ajena
☐ un trabajador por cuenta propia
☐ un trabajador fronterizo por cuenta ajena
☐ un trabajador fronterizo por cuenta propia
☐ un trabajador desempleado

4. La persona mencionada en el apartado anterior ha percibido prestaciones con arreglo al documento siguiente:
4.1 ☒ Tarjeta sanitaria europea nº: 80191010000020269932 Fecha de expiración: 02/08/2023
☐ Certificado Provisional Sustitutorio nº:
con fecha de: Válido del: al
☐ Formulario con fecha de: Válido del: al
4.2 La persona asegurada mencionada en el apartado 3 se sometió al reconocimiento médico solicitado con fecha

5. Gastos efectuados

		Importe (4)
5.1 **Por prestaciones en especie servidas** del 08/07/2023 al 08/07/2023		
a consecuencia de (5)	☐ enfermedad ☐ accidente no laboral ☐ accidente de trabajo o enfermedad profesional	
5.2 Asistencia médica	08/07/2023	80,00
5.3 Asistencia odontológica		
5.4 Medicamentos		
5.5 Hospitalización	del al	
	del al	
5.6 Otras prestaciones (6)		
5.7 **Total de prestaciones en especie**		80,00
5.8 **Reconocimientos médicos** (7)		
5.9 **Por prestaciones económicas abonadas**	del al	
5.10 **Total de gastos**		80,00

6. Institución acreedora

6.1 Denominación: DIRECCION PROVINCIAL DEL INSS DE TARRAGONA
6.2 Número de identificación de la Institución: 4300
6.3 Dirección: RAMBLA NOVA, 84 ; 43003 ; TARRAGONA
6.4 Sello (8): FORMULARIO PROCESADO EXENTO DE FIRMA
6.5 Fecha: 11/04/2024
6.6 Firma:

7. Reservado a la institución del país competente