

**PRIJAVA O PRESTANKU
OSIGURANJA**

POTVRDA OBVEZNIKU O PODNESENOJ PRIJAVI

1 RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE

**2 SAMOSTALNOG OBVEZNIKA
DOPRINOSA I RADNIKA KOD
SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA**

3 POLJOPRIVREDNIKA

1. Osobni broj osiguranika

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

2. Datum rođenja i spol M **1** Ž **2**

3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa

4. Datum stjecanja svojstva osiguranika

5. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB obveznika

RECARTEC J.D.O.O. 2A TRG. I USLUGE VINKOVCI

6. Prezime i ime osiguranika

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

9. Datum zaprimanja prijave

U VINKOVCI

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Narodne novine d.d., Zagreb – (2) 051697
Oznaka za narudžbu: M-2P/E

Ako se u obilježje 2 unosi podatak o datumu rođenja i spolu, u prvih osam mjesta unosi se dan, mjesec i godina rođenja, a u označeno mjesto spol.