

HRVATSKI ZAVOD ZA  
MIROVINSKO OSIGURANJE  
**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

Mikrofilmski broj

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

0 2

1. Osobni broj osiguranika

1 3 3 6 0 4 6 7 1 9 2

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

6 4 4 9 3 3 3 4 7 5 2

2. Matični broj građana / M 1 Ž 2  
datum rođenja i spol

1 1 1 0 1 9 7 0 1

3. Registarski broj obveznika doprinosa

3 1 1 6 1 7 3 4 7 5

4. Datum stjecanja svojstva osiguranika

1 2 3 2 2 1 5

5. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB obveznika 1 7 7 5 5 0 8 6 0 6 0

EDO VITA d.o.o. ul. Strojarska 9, SESVETE

6. Prezime i ime osiguranika

Ž E L J E Ž I  
M L A D E N

dan

mjesec

godina

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

11 01 2019

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

STECANJE

9. Datum zaprimanja prijave

23 01 2019

Iva Danica	Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

U

M.P.

Potpis obveznika podnošenja prijave

fokus d.o.o. Zagreb, Koledovčina 4  
Oznaka za narudžbu: M-2P (8)

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.

3 856000 470414