

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

1330822960

0	2	9	8	4	7					
0	3	4	5	0	0	5	5	1	6	0
4	3	5	0	4	2	7	2	5	7	7
0	3	0	1	1	9	7	9			
3	0	0	4	1	5	5	6	8	7	
3	0	0	9	2	0	2	4			
0	5	9	2	4	3	8	3			

Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB obveznika 59604573398

ELIAR d.o.o. ŠENJUTE UDE JEBOVICA 10. BJELOVAR

6. Prezime i ime osiguranika

KANEŠIĆ
KRISTIJAN
dan mjesec godina

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

26 06 2025 26.06.2025

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

POSLOVNA PRETOJANJE 28

9. Datum zaprimanja prijave

12.06.2025

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje
Potpis odgovornog radnika

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

27951004876

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

ELAMAR j.doo. ŠETALIŠTE DR.1. LEZOVICA 10, BJELOVAR

6. Prezime i ime osiguranika

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

9. Datum zaprimanja prijave

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

PRIJAVA O PRESTANKU
OSIGURANJA

POTVRDA OSIGURANIKU 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

0 2 0 5 6 5 8 7 7 2 5 7 4
4 7 8 5 9 5 6 2 2 7 6
0 8 0 2 2 0 0 4 2
2 0 0 4 1 5 5 6 8 7
1 6 0 5 2 0 2 5
0 5 9 2 4 3 8 3 0 0 0 0

Naziv obilježja Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB obveznika

5 9 6 0 4 5 7 3 3 9 8

ELAMAR d.o.o. ŠETALIŠTE DR. I. LEBOVIĆA 10, BJELOVAR

6. Prezime i ime osiguranika

4 0 K O T
M A R T I J A
dan mjesec godina

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

26 06 2025

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

POSLOVNO PREKIDANJE

9. Datum zaprimanja prijave

27 06 2025

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika



Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

2 7 9 5 1 0 0 4 8 7 6