

Regionalni ured
ZAGREB
MBO 154959788
OIB 35666727248
Ime i prezime EMA ĐEKER
Datum rođenja 19.11.1996
Adresa osig. osobe
Grad/naselje GRUBIŠNO POLJE
Ulica i broj I.N. JEMERŠIĆA 38

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE
DOM ZDRAVLJA BJELOVARSKO
BILOGORSKE ŽUPANIJE



Šifra zdravstvene ustanove-
ordinacije privatne prakse:

9 0 0 0 0 0 3 1 7

0 1 9 7 5 0 5

Šifra doktora medicine

1 0 4 0 0 0 0

Šifra djelatnosti izabranog doktora

H R V M Ž A
Država Spol Kat. osig.

IZVJEŠĆE o privremenoj nesposobnosti / spriječenosti za rad

1. ŠIFRE UZROKA PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Bolest	Transpl. u korist druge osigurane osobe	1) Ozljeda na radu	2) Profesionalna bolest	Izolacija	Posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu	3) Pratlja	Njega člana obitelji				Komplicacije u svezi trudnoće i poroda	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (čl. 139., 141. Zakona)
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	F5	G0	H1	da* ne*

1A. PODACI O KORISNIKU NJEGE I PRATNJE

Prezime i ime _____
MBO _____ OIB _____
Dan, mjesec i godina rođenja _____
Srodstvo _____ Šifra _____

1B. PODACI O PRIVREMENOJ NESPOSOBNOSTI ZA RAD

Datum početka privremene nesposobnosti po određenoj dijagnozi ⁴⁾ 1 7 0 3 2 0 2 2
Datum privremene nesposobnosti za rad ⁵⁾
prvi posljednji
Privremena spriječenost korištena na osnovi: ⁶⁾
KLASA: _____
URBROJ: _____
Datum _____
Primjena čl. 52. st.3. Zakona da* - ne* ⁶⁾
Trajanje privremene nesposobnosti / spriječenosti za tekući mjesec od do Broj sati ⁷⁾ u tijeku dana
1 7 0 3 2 0 2 2
Cl. 53. st.1 Zakona da* ¹¹⁾
Datum zaključenja privremene nesposobnosti / spriječenosti ¹²⁾ _____
Broj evidencije ⁹⁾ Prijave ozljede/bolesti
PN TJČ
Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti
OR PB

Tomislav Šimek, dr. med.

M.P.

2 5 0 3 2 0 2 2
Datum

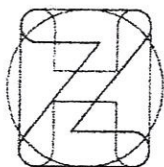
2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

Privremena nesposobnost / spriječenost za rad		Broj		Obračun za isplatu			
Od	Do	Dana	Sati	Po satu	%	Po satu	Ukupno

Obveznik uplate doprinosa je isplatio naknadu plaće dana _____
Navedeni podaci daju se pod materijalnom i kaznenom odgovornošću.
Ime i prezime/OIB odgovorne osobe _____

3. KONTROLA OBRAČUNA U HZZO

Obračunao: _____
Kontrolirao: _____



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Croatian
Health
Insurance
Fund

Regionalni ured Zagreb
Područna služba Bjelovar
Strossmayerova 2
43000 Bjelovar, p.p. 7

HRVATSKO
OIB: 02958272670
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
REGIONALNI URED ZAGREB
004 PODRUČNA SLUŽBA BJELOVAR
www.hzzo.hr

PRIMLJENO: 25-03-2022	
Klasifikacijska oznaka	Ustrojstvena jed.
Urudžbeni broj (mjesto za prijemni žig HZZO-a)	Vrijed.

IZJAVA

I. Ja EMA ĐEKAR, I.D. ĐOKIČIĆA 38 broj osigurane osobe ili OIB
(ime i prezime) (adresa)

35666727248 izjavljujem da sam dana 25.03. 2022. g. u Područnoj službi/ispostavi Zavoda u Bjelovaru predala Izvješće o bolovanju kojim započinjem s korištenjem prava na rođiljni dopust te sam upoznata s odredbama Zakona o rođiljnim i roditeljskim potporama o pravu na rođiljni dopust i način njegova korištenja obavijesnim letkom dobivenim uz ovu pisanu Izjavu.

II. Izjavljujem da ću nakon isteka obaveznog rođiljnog dopusta nastaviti s korištenjem rođiljnog dopusta od 71. dana nakon poroda (planirani termin poroda 01.05. 2022. g.) do navršenih 6 mjeseci života djeteta, te sam suglasna da ću potonji nastaviti koristiti

- a)* na osnovi predanog Izvješća o bolovanju izdanog 25.03. 2022. g., a bez izdavanja pisanog rješenja o pravu na rođiljni dopust
b)* na osnovi pisanog rješenja Zavoda.

III. Obvezujem se, da ću u roku od 30 dana od dana rođenja djeteta predložiti rodni list djeteta ili otpusnicu iz rođilišta, radi određenja trajanja rođiljnog dopusta.

IV. Izjavljujem da ću u slučaju bilo kakvih promjena u načinu ili osobi korištenja prava na rođiljni dopust, a u odnosu na podatke dane u točki II. ove Izjave, o istome pravodobno obavijestiti Zavod i podnijeti pisani zahtjev najkasnije u roku od 30 dana prije dana u kojem će nastupiti promjena u korištenju prava.

V. Izjavljujem da sam suglasna da mi se naknada plaće za rođiljni dopust isplaćuje na tekući račun otvoren kod

OTP, broj računa 152 892407000 320731 9068.

VI. Za sve dodatne informacije ili potrebnu dokumentaciju možete me kontaktirati pisano na adresu stanovanja ili na broj telefona ili MOB-a 0976 234 420.

u G. Bogu, 25.03. 2022. g.

Ema Đekar
(potpis osiguranice podnositeljice)

Ispravnost podataka u Izjavi

provjerio i evidentirao

M. P. ĐOKIČIĆA

(ime i prezime i potpis radnika Zavoda)

* potrebno zaokružiti

Izjava se daje prilikom podnošenja Izvješća o bolovanju kojim se otvara rođiljni dopust

Ova Izjava ispunjava se u 2 primjerka od kojih jedan primjerak zadržava osiguranik, a osiguraniku koji je u točki II. Izjave zaokružio točku a)* služi i umjesto rješenja o pravu na rođiljni dopust do navršenih 6 mjeseci života djeteta.

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
Obrazac eM-1P
PRIJAVA O POČETKU OSIGURANJA

ID prijave: 5025082
E01005025082
Obveznik: BUGOPROM D.O.O.



Podaci o osiguraniku/ici (HZMO)

Kategorija osiguranika	Radnik/ica kod pravne osobe	1
Radni nalog / ustrojstvena jedinica	01 / Bjelovar	3021
1. Osobni broj osiguranika/ice		03590109646
1.a. OIB osiguranika/ice		35666727248
2. Matični broj građana / Datum rođenja, spol	1911996315041 / 19.11.1996., Ž	2

Podaci o obvezniku

3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa		3028020928
OIB obveznika	35849423895	
4. Općina mjesta rada - prebivališta	GRUBIŠNO POLJE	139
5. Matični broj poslovnog subjekta	002743130000	
Naziv i sjedište obveznika doprinosa	BUGOPROM D.O.O., GRUBIŠNO POLJE	

Podaci o osiguraniku/ici

6. Prezime i ime osiguranika	DEKER EMA	
7. Osnova osiguranja	Radni odnos osobe mlađe od 30 godina prema Zakonu o doprinosima	61
8. Datum stjecanja svojstva osiguranika/ice		01.08.2020.
9. Dnevno radno vrijeme osiguranika/ice	8h	80
10. Zanimanje	KUHAR	512212
Pobliže određenje zanimanja	KUHAR	
11. Najviša završena škola	SREDNJA KUHARSKA	536
12. Stručno obrazovanje	KV	06
13. Stručna sprema za obavljanje poslova	KV	06
14. Korisnik/ca mirovine u osiguranju	NE	-
15. Status osobe s invaliditetom	NE	-
16. Vrsta osnovice	-	
17. Radno mjesto, zanimanje osiguranici osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem / Naziv radnog mjesta, zanimanja i i osiguranici osobe s invaliditetom	NE / -	0
18. Ugovor o radu sklopljen na	Neodređeno vrijeme s punim radnim vremenom	31

19. Mjesto i datum: GRUBIŠNO POLJE , 31.07.2020.

20. Datum i vrijeme obrade: 04.08.2020. @ 10:43:18

Elektronički potpis (obveznik): Vrijeme prijema: 31.07.2020. @ 13:59:05

BILJANA GORŠA ULBRIH
HR49397285638.4.25
FORMA VL. BILJANA GORŠA ULBRIH
Serijski broj certifikata: 50156956559090826553188468332819800745
Izdavatelj certifikata: /C=HR/O=Financijska
agencija/CN=Fina RDC 2015
Valjanost certifikata: 04.12.2019. - 04.12.2021.

Elektronički potpis (HZMO): Vrijeme obrade: 04.08.2020. @ 10:43:18

SNJEŽANA FICKO
HR37926654149.2.25
HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO
OSIGURANJE
Serijski broj certifikata: 17643290568024518031257205363160946312
Izdavatelj certifikata: /C=HR/O=Financijska
agencija/CN=Fina RDC 2015
Valjanost certifikata: 27.03.2019. - 27.03.2021.