

PRIJAVA ☐ ODJAVA ☒ PROMJENA ☐
ZA OSIGURANIKA

HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured RU Zagreb

Područna služba PS Čakovec
naziv

010
šifra



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje



1. PODACI O OBVEZNIKU PODNOŠENJA PRIJAVE / UPLATE DOPRINOSA - PRAVNOJ OSOBI

Broj obveze 01000709499	Šifra poslovnog subjekta Zavoda 30000704369	Tip <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Porezni broj 02894734
----------------------------	--	---	--------------------------

OIB 88869783525	Registarski broj HZMO-a 3010157497
--------------------	---------------------------------------

Naziv CONSIDO DOO ZA TRGOVINU, UGOSTITELJSTVO I USLUGE	Skraćeni naziv CONSIDO DOO ZA TRGOVINU, UGOSTITELJSTVO I USLUGE
---	--

Podaci DZS Matični broj DZS 02894734	Brojčana oznaka djelatnosti prema NKD 5630	Brojčana oznaka pravnog ustrojbenog oblika 92
--	---	--

Adresa sjedišta: Poštanski broj, naziv pošte 40000 ČAKOVEC	Telefon:
Ulica i broj MARŠALA TITA 38	Telefaks:
Naselje NOVO SELO ROK	E-mail:

2. PODACI O OBVEZNIKU PODNOŠENJA PRIJAVE / UPLATE DOPRINOSA - FIZIČKOJ OSOBI

OIB	MB osigurane osobe u Zavodu
Prezime	Ime
Adresa: P - prebivalište / SB - stalni boravak Poštanski broj, naziv pošte	Adresa: B - boravište / PB - privremeni boravak od do Poštanski broj, naziv pošte
Ulica i broj	Ulica i broj
Naselje	Naselje
Telefon:	Telefaks:
	E-mail:

3. PODACI O POČETKU / PRESTANKU POSLOVANJA OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA

Datum početka poslovanja 13072012	Datum prestanka poslovanja
--------------------------------------	----------------------------

4. PODACI O OSIGURANIKU

MB osigurane osobe u Zavodu OIB 116184102 40729308267	Datum rođenja 19051987	*Spol M <input checked="" type="checkbox"/>
--	---------------------------	--

Prezime KOLAC	Ime MATEA
Ime roditelja ALOJZ	
Adresa: P - prebivalište Poštanski broj, naziv pošte 40000 ČAKOVEC	Adresa: B - boravište od do Poštanski broj, naziv pošte
Ulica i broj SLEMENICE 9	Ulica i broj
Naselje SLEMENICE	Naselje

Datum stjecanja statusa osiguranika 0 1 0 9 2 0 1 3	Datum prestanka statusa osiguranika 1 4 0 6 2 0 2 3
Oznaka osnovne osiguranja 1 0 1	Oznaka kriterija obveze 0 0 1
* Stručna sprema nakon završenog školovanja <input type="checkbox"/> NKV <input type="checkbox"/> NSS <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> KV <input type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> VKV <input type="checkbox"/> VŠS <input type="checkbox"/> VSS <input type="checkbox"/> mr. <input type="checkbox"/> dr. spec. <input type="checkbox"/> dr. sci.	
* Stručna sprema na koju se osigurana osoba prijavljuje u obvezno zdr. osiguranje <input type="checkbox"/> NKV <input type="checkbox"/> NSS <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> KV <input checked="" type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> VKV <input type="checkbox"/> VŠS <input type="checkbox"/> VSS <input type="checkbox"/> mr. <input type="checkbox"/> dr. spec. <input type="checkbox"/> dr. sci.	
Naziv radnog mjesta _____	
* Radno vrijeme Puno radno vrijeme <input checked="" type="checkbox"/> sati tjedno 4 0	Nepuno radno vrijeme <input type="checkbox"/> sati minute

5. RAZDOBLJE KORIŠTENJA OSIGURANJA

Datum stjecanja statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju 0 1 0 9 2 0 1 3	Datum prestanka statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju 1 4 0 6 2 0 2 3
--	--

6. RAZDOBLJE KORIŠTENJA PRAVA

Datum stjecanja prava u obveznom zdravstvenom osiguranju 0 1 0 9 2 0 1 3	Datum prestanka prava u obveznom zdravstvenom osiguranju 1 4 0 6 2 0 2 3
--	--

Datum podnošenja prijave 16062023

Ime i prezime podnositelja - ovlaštene osobe _____

U _____ 20 ____ g.

M.P. _____

Dokument je ovjeren certifikatom Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske

Potpis / elektronički potpis podnositelja - ovlaštene osobe _____

Datum zaprimanja 1 6 0 6 2 0 2 3 KLASA: _____ URBROJ: _____ _____ Potpis ovlaštenog radnika Zavoda	Datum evidentiranja 1 6 0 6 2 0 2 3 Interni broj HZMO 15.06.2023 _____ Potpis / elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda
--	---

1. Tiskanica-1 koristi se za **PRIJAVU - ODJAVU - PROMJENU** (u daljnjem tekstu: prijava) osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju. Potrebno je znakom X označiti odgovarajući kvadrat.
2. Obveznik podnošenja prijave obavezan je podatke u Tiskanici-1 upisati čitljivo tintom ili kemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno računalnim ispisom.
3. Zatamnjene rubrike ispunjava Zavod.
4. Podatke pod 1. i 4. upisuje pravna osoba, a podatke pod 1. i 2. i 4. fizička osoba.
5. Kod upisa podataka pod 4., koji se odnose na adresu, obvezno se upisuje prebivalište, a boravište samo ako osoba uz prebivalište ima prijavljeno i boravište. Za stranca s odobrenim stalnim boravkom upisuju se podaci u rubriku "SB - stalni boravak", a za strance s odobrenim privremenim boravkom u rubriku "PB - privremeni boravak".
6. U rubrici «Stručna sprema nakon završenog školovanja» označuje se stručna sprema koju je osoba stekla nakon završenog školovanja.
7. Pri podnošenju prijave, podnositelj je obavezan uz podatke u prijavi upisati i datum prijave.
8. Tiskanica-1 ovjerava se u 3 primjerka: 1. primjerak zadržava Zavod, 2. primjerak vraća se podnositelju, 3. primjerak uručuje se osiguraniku koji na osnovi njega ostvaruje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja do dobivanja iskaznice zdravstveno osigurane osobe.

HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

Obrazac eM-2P

PRIJAVA O PRESTANKU OSIGURANJA

ID prijave: 6839935

E02006839935

Obveznik: CONSIDO D.O.O. NOVO SELO ROK



Podaci o osiguraniku/ici (HZMO)

Kategorija osiguranika	Radnik/ica kod pravne osobe	1
Radni nalog / ustrojstvena jedinica	02 / Varaždin	3201
1. Osobni broj osiguranika/ice		03484167774
1a. OIB osiguranika/ice		40729308267
2. Datum rođenja i spol	19.05.1987., Ž	

Podaci o obvezniku

3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa		3010157497
OIB obveznika	88869783525	
4. Matični broj poslovnog subjekta	028947340000	
Naziv i sjedište obveznika doprinosa	CONSIDO D.O.O. NOVO SELO ROK, NOVO SELO ROK	

Podaci o osiguraniku/ici

5. Prezime i ime osiguranika	KOLAC MATEA	
6. Datum stjecanja svojstva osiguranika/ice		01.09.2013.
7. Datum prestanka svojstva osiguranika/ice		14.06.2023.
8. Razlog prestanka svojstva osiguranika/ice	Poslovno uvjetovani otkaz (članak 115. stavak 1.točka 1. ZOR)	28

9. Mjesto i datum: NOVO SELO ROK, 15.06.2023.

10. Datum i vrijeme obrade: 15.06.2023. @ 13:30:19

Elektronički potpis (obveznik): Vrijeme prijema: 15.06.2023. @ 12:44:57

KRUNOSLAV KOSEC
HR7968286285.9.25
KNJIGOVODSTVO KOSEC D.O.O.Serijski broj certifikata:
162213212472272887007385988275326790766
Izdavatelj certifikata: /C=HR/O=Financijska
agencija/CN=Fina RDC 2015
Valjanost certifikata: 17.10.2022. - 17.10.2024.

Elektronički potpis (HZMO): Vrijeme obrade: 15.06.2023. @ 13:30:19

RUŽICA STEYSKAL
HR32849277533.1.25
HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO
OSIGURANJESerijski broj certifikata:
84688054605916790749024723638747459259
Izdavatelj certifikata: /C=HR/O=Financijska
agencija/CN=Fina RDC 2015
Valjanost certifikata: 30.06.2022. - 30.06.2024.