

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

1. Osobni broj osiguranika

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

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

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

LENITY j.d.o.o., ULICA SAN PEDRA 13, KOMIŽA

6. Prezime i ime osiguranika

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

9. Datum zaprimanja prijave

U SPLIT 15.12.2022

Potpunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB



Narodne novine d.d., Zagreb – (86) 051675
Oznaka za narudžbu: M-2P

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.

Tiskanica M-2P