

HRVATSKI ZAVOD ZA
MIROVINSKO OSIGURANJE

PRIJAVA O PRESTANKU
OSIGURANJA

Mikrofilmski broj
Radni nalog / ustrojstvena jedinica

Tiskanica M-2P

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

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

Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB obveznika

3 1 3 4 9 5 6 1 2 0 7

NAMELA BELIČIĆA J.O.O.O. U STEČAJU, ČAČINEC, SEJSKA ULICA 6

6. Prezime i ime osiguranika

S	M	I	N	O	V	I	C												
L	A	T	I	J	A														

dan

mjesec

godina

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

22 09 2026.

22 09 2026

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

STEČAJ, SEJSKA ULICA 6

26

9. Datum zaprimanja prijave

22.09.2026.

22 09 2026

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Popis odgovornog radnika	Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

6 3 6 7 0 1 0 8 6 6 8