

PRIJAVA ☒ ODJAVA ☐ PROMJENA ☐  
ZA OSIGURANIK

HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured RU Zagreb

Područna služba PS Zagreb

naziv

114  
šifra



Hrvatski TISKANICA -1  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje



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

Broj obveze

11400767654

Šifra poslovnog subjekta Zavoda

3000738379

Tip

☒ ☐

Porezni broj

04174291

OIB

62906554948

Registarski broj HZMO-a

3114396876

Naziv ODVJETNIČKO DRUŠTVO GJURAŠIĆ, FAK & PARTNERI d.o.o.

Skrraćeni naziv ODVJETNIČKO DRUŠTVO GJURAŠIĆ, FAK & PARTNERI d.o.o.

Podaci  
DZZS

Matični broj  
DZZS

04174291

Brojčana oznaka  
djelatnosti prema NKD

6910

Brojčana oznaka pravno  
ustrojbenog oblika

92

Adresa sjedišta:

Poštanski broj,  
naziv pošte

10000

ZAGREB

Telefon:

Ulica i broj

DORĐIĆEVA 18

Telefaks:

Naselje

ZAGREB

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

25022014

Datum prestanka  
poslovanja

4. PODACI O OSIGURANIKU

MB osigurane osobe u Zavodu OIB

100409198

42344632101

Datum rođenja

04071980

\*Spol

M ☒

Prezime GJURAŠIĆ

Ime PETRA

Ime

roditelja KARLO

Adresa: P - prebivalište

Poštanski broj,  
naziv pošte

10000 ZAGREB

Adresa: B - boravište od do

Poštanski broj,  
naziv pošte

Ulica i broj

TRG HR. VELIKANA 2

Ulica i broj

Naselje

ZAGREB

Naselje

HZZO - Direkcija, Zagreb  
TISKANICA-1, 04.12.2017

\* - odgovarajuće označili znakom X

Dokument je ovjeren digitalnim pečatom.

Verifikacija dokumenta: <https://e-usluge.hzzo.hr/tiskanice-pdf/pregled/902e976d-398d-5f70-8f7b-e6889b3606f9>

Datum stjecanja statusa osiguranika 0 1 0 4 2 0 1 9	Datum prestanka statusa osiguranika  _ _ _ _ _ _ _
Oznaka osnove 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 type="checkbox"/> SSS <input type="checkbox"/> VKV <input type="checkbox"/> VŠS <input checked="" 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 4 2 0 1 9	Datum prestanka statusa u obveznom zdravstvenom osiguranju  _ _ _ _ _ _ _
---	--

## 6. RAZDOBLJE KORIŠTENJA PRAVA

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

 Datum podnošenja prijave  
0|8|0|4|2|0|1|9

Ime i prezime podnosioca - ovlaštene osobe

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ g.

M.P.

Dokument je ovjeren certifikatom Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske

Potpis / elektronički potpis podnosioca - ovlaštene osobe

Datum zaprimanja 0 8 0 4 2 0 1 9  KLASA: _____ URBROJ: _____  _____ Potpis ovlaštenog radnika Zavoda	Datum evidentiranja 0 9 0 4 2 0 1 9  Interni broj HZMO 08.04.2019 _____ Potpis / elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda
---	---

- Tiskanica-1 koristi se za PRIJAVU - ODJAVU - PROMJENU (u daljnjem tekstu: prijava) osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju. Potrebno je znakom X označiti odgovarajući kvadrat.
- Obveznik podnošenja prijave obavezan je podatke u Tiskanici-1 upisati čitljivo tintom ili kemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno računalnim ispisom.
- Zalaznjene rubrike ispunjava Zavod.
- Podatke pod 1. i 4. upisuje pravna osoba, a podatke pod 1. i 2. i 4. fizička osoba.
- 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".
- U rubrici «Stručna sprema nakon završenog školovanja» označuje se stručna sprema koju je osoba stekla nakon završenog školovanja.
- Pri podnošenju prijave, podnositelj je obavezan uz podatke u prijavi upisati i datum prijave.
- Tiskanica-1 ovjerava se u 3 primjerka: 1. primjerak zadržava Zavod, 2. primjerak vraća se podnosiocu, 3. primjerak uručuje se osiguraniku koji na osnovi njega ostvaruje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja do dobivanja iskaznice zdravstveno osigurane osobe.