

HRVATSKI ZAVOD ZA
MIROVINSKO OSIGURANJE

Mikrofilmski broj

Tiskanica M-2P

Radni nalog / ustrojstvena jedinica

0 2

PRIJAVA O PRESTANKU
OSIGURANJA

1. Osobni broj osiguranika

03972574309

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

62599658813

2. Datum rođenja i spol M 1 Ž 2

090419872

3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa

3028022602

4. Datum stjecanja svojstva osiguranika

3122021

5. Matični broj poslovnog subjekta

POTVRDA OBVEZNIKU O PODNESENOJ PRIJAVI

1 RADNIKA KOD PRAVNE OSOBE

2 SAMOSTALNOG OBVEZNIKA
DOPRINOSA I RADNIKA KOD
SAM. OBVEZNIKA DOPRINOSA

3 POLJOPRIVREDNIKA

Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB obveznika

PEČENJARNICA SU-DA J.d.o.o.

6. Prezime i ime osiguranika

79747211
ALDRECA

dan

mjesec

godina

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

28 09 2023

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

poslovno uvjet. otkaz

9. Datum zaprimanja prijave

28.9.2023

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

62599658813

96698492875

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

0 2

Tiskanica M-2P

1. Osobni broj osiguranika

0 3 4 1 4 9 0 7 6 1 6

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

3 6 6 5 2 3 2 0 8 2 9

2. Datum rođenja i spol M 1 Ž 2

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

3. Registarski broj obveznika doprinosa

3 0 2 8 0 2 2 6 0 2

4. Datum stjecanja svojstva osiguranika

0 7 1 2 7 0 2 1

5. Matični broj poslovnog subjekta

Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB obveznika

PEČENJARNICA SLADA J.D.O.O.

6. Prezime i ime osiguranika

K REŠOVIĆ
SLAĐA
dan mjesec godina

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

28 09 2023

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

poslovno uvjet. otkaz

9. Datum zaprimanja prijave

28 09 2023

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika



Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

9 6 6 9 8 4 9 2 8 2 7