

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

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

Naziv obilježja Mjesto za odgovor
NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA OIB obveznika

Dental - Art d.o.o. - skopj

6. Prezime i ime osiguranika KARAU LIĆ GORPAH
7. Datum prestanka svojstva osiguranika 05. 05. 2023.
8. Razlog prestanka svojstva osiguranika STEČAJNI POSTUPAK
9. Datum zaprimanja prijave 02.05.2023.

U
Potpis odgovornog radnika Mjesto pečata
Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

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

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

Naziv obilježja Mjesto za odgovor
NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA OIB obveznika

Dental - Art d.o.o. - skopj

6. Prezime i ime osiguranika ĐAKOVIĆ ZORAH
7. Datum prestanka svojstva osiguranika 05. 05. 2023.
8. Razlog prestanka svojstva osiguranika STEČAJNI POSTUPAK
9. Datum zaprimanja prijave 02.05.2023.

U
Potpis odgovornog radnika Mjesto pečata
Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB