

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 0 3 3 7 4 5 9 5 0 7 1

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika 7 1 1 0 2 8 1 6 2 2 7

2. Datum rođenja i spol M 1 Ž 2 0 5 0 2 1 7 5 8 7

3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa 3 1 1 5 1 9 9 7 2 1

4. Datum stjecanja svojstva osiguranika 2 5 . 1 1 . 2 0 1 6

5. Matični broj poslovnog subjekta 0 4 4 4 8 4 6 6

Naziv obilježja Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA OIB obveznika 4 0 5 3 9 9 8 9 0 5 2

EWB TRANSPORT d.o.o. U SREČJU

6. Prezime i ime osiguranika S L O B O D A N I V A W I C

7. Datum prestanka svojstva osiguranika dan mjesec godina 27 6 2023 27 6 2023

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika OSTALO Zbog prestanka poslovanja 26

9. Datum zaprimanja prijave 25.06.2023 25 6 2023

U
Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje
Potpis odgovornog radnika *Darmino*
Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB
1 5 9 5 2 5 0 6 6 5 7