

12/KV

PRIJAVA O PRESTANKU OSIGURANJA

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

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

Handwritten text in blue box: 'EWF - ... u ...'

6. Prezime i ime osiguranika R A D E E H A K A E dan mjesec godina

7. Datum prestanka svojstva osiguranika 30 05 2023 30.05.2023

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika OTKAZ UGOVORA O RADU - POSL. UVJETOVANI 22

9. Datum zaprimanja prijave 31.05.2023

U ...

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje Potpis odgovornog radnika Marija Kasumovic Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB 1 5 9 3 2 3 0 6 6 1

Ako se u obilježju 2 unosi podatak o datumu rođenja i spolu, u prvih osam mjesta unosi se dan, mjesec i godina rođenja, a u označeno mjesto spol. POD. SLUŽBA U ZAGREBU