

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

1. Osobni broj osiguranika

0 3 6 4 5 9 0 8 4 4 9

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

9 9 6 1 6 5 9 7 3 2 5

2. Datum rođenja i spol M 1 Ž 2

0 5 1 1 1 9 7 6

3. RegistarSKI broj obveznika doprinosa

3 1 1 5 1 9 9 7 2 1

4. Datum stjecanja svojstva osiguranika

0 4 0 8 2 0 2 1

5. Matični broj poslovnog subjekta

0 4 4 4 2 7 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 TRANSPORTS d.o.o. U SREČAJU

6. Prezime i ime osiguranika

D E J A N R A N K O V I C

dan mjesec godina

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

5 6 2023

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

OTKAZ UGOVORA (SREČAJ)

9. Datum zaprimanja prijave

0 6 0 6 2 0 2 3

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

1 5 9 3 2 3 0 6 6 5 7