

**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 2 4 2 5 1
0 3 5 4 0 3 0 7 9 3 9

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

4 7 8 6 6 3 7 6 1 5 3

2. Datum rođenja i spol M Ž 2

3 0 0 8 1 0 9 2 1

3. Registarski broj obveznika doprinosa

0 0 8 3 1 3 6 2 4 4

4. Datum stjecanja svojstva osiguranika

0 9 1 0 2 0 2 0

5. Matični broj poslovnog subjekta

0 2 4 8 9 1 5

Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB obveznika

3 7 7 2 2 0 4 2 7 9 0

LAVACKO D.O.O. U SPETAN

6. Prezime i ime osiguranika

A N T O W I O L U K A

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

dan mjesec godina
18 05 2023 1 8 0 5 2 0 2 3

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

OTKAZ OBVEZNIKA O PRA 26

9. Datum zaprimanja prijave

Damir Pendelj 1 8 0 5 2 0 2 3

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto odgovora



Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

1 5 9 3 2 3 0 6 6 5 2

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.