

**PRIJAVA O PRESTANKU
OSIGURANJA**

1. Osobni broj osiguranika

0 2 [] [] [] []
0 3 6 3 6 4 6 5 9 7 0

1.a Osobni identifikacijski broj osiguranika

1 2 2 0 9 2 8 8 8 8 8

2. Datum rođenja i spol M Ž 2

3 1 0 1 7 0 3 7

3. Registarski broj obveznika doprinosa

3 1 1 3 3 6 4 6 4 4

4. Datum stjecanja svojstva osiguranika

0 5 . 0 2 . 2 0 2 6

5. Matični broj poslovnog subjekta

0 4 8 0 5 9 3 3 [] [] [] []

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 2 8 0 9 4 0 6 4 2 1 3

DUPLA ASISTENCIJA D.O.O. U STEČAJU, ZAGREB, ULICA JOSIPA RAČICA 9

6. Prezime i ime osiguranika

G O T O V A C [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
D A V I D [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
dan mjesec godina

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

19 28 06 02 2026. 1 8 0 1 2 4 6

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

STEČAJ, ST-2235/25, TSE 2 8

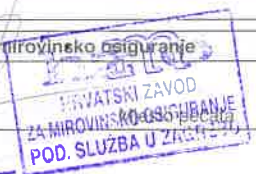
9. Datum zaprimanja prijave

1 9 0 6 1 0 6

U ZAGREB, 19. 06. 2026.

Licna Ruka

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje
Potpis odgovornog radnika
Viktorija Rajković



Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB

6 3 6 7 0 1 0 8 6 6 8