

**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

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

Naziv obilježja

Mjesto za odgovor

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA DOPRINOSA

OIB obveznika

NAMJESTAJ DENTID j.d.o.o. u Stecaju, Lokovectopliki C

6. Prezime i ime osiguranika

7. Datum prestanka svojstva osiguranika

8. Razlog prestanka svojstva osiguranika

9. Datum zaprimanja prijave

U

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Potpis obveznika podnošenja prijave i OIB



Narodne novine d.d., Zagreb – (5)

051697

Oznaka za narudžbu: M-2P/E

Ako se u obilježje 2 unosi podatak o datumu rođenja i spolu, u prvih osam mjesta unosi se dan, mjesec i godina rođenja, a u označeno mjesto spol.