

0000426

**PRIJAVA
 O PROMJENI U TOKU OSIGURANJA**

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA

1. JIB.
2. Šifra djelatnosti
3. Radno vrijeme obveznika uplate dop.- sedmično

PODACI O OSIGURANIKU

4. JMBG
5. Prezime _____
6. Ime _____
7. Djevojačko prezime za udate _____
8. Ulica i broj prebivališta _____
9. Broj pošte prebivališta
10. Zanimanje
11. Datum stupanja na rad
DAN MJESEC GODINA
12. Državljanstvo
13. Radno vrijeme radnika - sedmično
14. Osnov osiguranja
15. Datum prestanka rada
DAN MJESEC GODINA
16. Datum promjene
17. Vrsta promjene

PODACI O ČLANOVIMA PORODICE KOJU OSIGURANIK OSIGURAVA

	Jedinstveni matični broj građanina	Prezime i ime	Srodstva
18.	<input type="text"/>	_____	_____
19.	<input type="text"/>	_____	_____
20.	<input type="text"/>	_____	_____
21.	<input type="text"/>	_____	_____
22.	<input type="text"/>	_____	_____
23.	<input type="text"/>	_____	_____
24.	<input type="text"/>	_____	_____
25.	<input type="text"/>	_____	_____
26.	<input type="text"/>	_____	_____
27.	<input type="text"/>	_____	_____

Napomena _____

Popunjava Zavod zdrav. osiguranja

M.P.

Datum prijema prijave _____

M.P.

Potpis podnosioca _____

Potpis _____

U

Dana