

PRIJAVA - ODJAVA - PROMJENAna obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede
na radu odnosno profesionalne bolesti**HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Broj osigurane osobe u Zavodu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MB osigurane osobe u Zavodu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PODRUČNI URED

--	--	--	--

1. PODATCI O OBVEZNIKU UPLATE POSEBNOG DOPRINOSA

Broj obveze

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Naziv obveznika
uplate

Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta

Adresa sjedišta

Donje Svetice 38, Zagreb

OIB

4	9	5	0	8	3	9	7	0	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2. PODATCI O OSIGURANOJ OSOBI

MBG	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	Datum rođenja	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	*Spol	<table border="1"><tr><td>M</td><td>Ž</td></tr></table>	M	Ž
M	Ž																																						
OIB	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																						
Prezime						Ime																																	
Ranija prezimena						Ime roditelja																																	
Adresa: P - prebivalište						Adresa: B - boravak	od				do																												
Poštanski broj, naziv pošte	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											Poštanski broj, naziv pošte	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																										
Ulica i broj						Ulica i broj																																	
Naselje						Naselje																																	
Datum početka osiguranja	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											Datum prestanka osiguranja	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																										
Oznaka osnove osiguranja	<table border="1"><tr><td>3</td><td>2</td><td>8</td></tr></table>					3	2	8	Oznaka kriterija obveze	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																													
3	2	8																																					

*Naznaka slučaja osiguranja prema čl. Zakona

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13.a 1.	13.a 2.	13.a 3.	13.a 4.	13.a 5.	13.a 6.	13.a 7.	13.a 8.	13.a 9.	13.a 10.	13.a 11.	13.a 12.	13.a 13.

3. RAZDOBLJE KORIŠTENJA OSIGURANJA

Datum početka osiguranja	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	Datum prestanka osiguranja	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
Datum promjene <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																			

Ime i prezime podnositelja - ovlaštene osobe

U _____ dne _____

M.P.

Potpis / elektronički potpis podnositelja - ovlaštene osobe

Zaprimanje	Datum zaprimanja	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	Unos podataka	Datum evidentiranja	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
Klasa:				M.P.																																	
Ur: br:																																					
Potpis ovlaštenog radnika Zavoda				Interni broj		Potpis / elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda																															