PRIJAVA - ODJAVA - PROMJENA

na obvezno zdravstveno osiguranje za slučaj ozljede na radu odnosno profesionalne bolesti

HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

PODRUČNI URED _____

Broj osigurane osobe u Zavodu

MB osigurane osobe u Zavodu

1. PODATCI O OBVEZNIKU UPLATE POSEBNOG DOPRINOSA

Broj obveze: 1 1 4 6 7 5 3 6 1

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

OIB

Datum rođenja

*Spol: M Ž

Prezime

Ime

Ranija prezimena

Ime roditelja

Adresa: P - prebivalište

Poštanski broj, naziv pošte

Ulica i broj

Naselje

Adresa: B - boravak od _____ do _____

Poštanski broj, naziv pošte

Ulica i broj

Naselje

Datum početka osiguranja

Datum prestanka osiguranja

Oznaka osnove osiguranja 3 2 8

Oznaka kriterija obveze

*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

Datum prestanka osiguranja

Datum promjene

Ime i prezime podnositelja - ovlaštene osobe

U Zagrebu dne _____

M.P.

Potpis / elektronički potpis podnositelja - ovlaštene osobe

Zaprimanje

Datum zaprimanja

Klasa:

Ur: br:

Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

Unos podataka

Datum evidentiranja

M.P.

Interni broj

Potpis / elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda

* - odgovarajuće zaokružiti