

NAZIV OBVEZNIKA UPLETE DOPRINOSA



Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje

Broj obveze:

POTVRDA  
o plaći

1. PODACI O OSIGURANIKU

Prezime: .....

Ime: .....

Dan, mjesec, godina rođenja: .....

OIB:

MBO osigurane osobe:

Osiguranik individualne kapitalizirane štednje - II stup mirovinskog osiguranja:    d a\*    -    n e\*

2. PODACI O IZNOSIMA PLAĆE KOJA JE OSIGURANIKU ISPLAĆENA U POSLJEDNJIH ŠEST MJESECI PRIJE MJESECA U KOJEM JE NASTUPIO SLUČAJ NA OSNOVI KOJEG SE STJEČE PRAVO NA NAKNADU

tij. u razdoblju od  do , a za mjesec: <sup>(1)</sup>

Isplata <sup>(2)</sup> izvršena za mj. / god.	Plaća <sup>(3)</sup>	Isplaćena <sup>(4)</sup> plaća	Broj sati					
			provedenih na radu u		Odsutnost <sup>(5)</sup> s rada s pravom na naknadu plaće po ZOR-u	Ukupno sati	Sati privremene naspobnosti na teret HZZO	Sati prema <sup>(6)</sup> kalendaru radnog vremena
			punom radnom vremenu:	dužem od punog radnog vremena				
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Ukupno:								

3. Osnovicu čini prosječni iznos plaće isplaćene u posljednjih šest mjeseci,

a koja iznosi <sup>(7)</sup> ..... kn po satu - brutto, odnosno <sup>(8)</sup> ..... kn po satu - netto.

M.P.

U ..... , ..... 20 .....g.

.....  
Potpis odgovorne osobe:

Napomena:

Za štetu koja bi nastala zbog davanja netočnih podataka odgovara obveznik uplate doprinosa u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju



