

NAZIV POSLODAVCA



Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje

Broj obveze \_\_\_\_\_

## POTVRDA o plaći

### 1. PODACI O OSIGURANIKU

Ime: \_\_\_\_\_ Prezime: \_\_\_\_\_  
 Dan, mjesec, godina rođenja: \_\_\_\_\_ OIB: \_\_\_\_\_  
 MBO: \_\_\_\_\_

Osiguranik individualne kapitalizirane štednje - II. stup mirovinskog osiguranja **da \* — ne \***

### 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 PLAĆE

U razdoblju od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ <sup>(1)</sup>, za mjesece:

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 prema ZOR-u	Ukupno sati	Sati privremene Nesposobnosti/ spriječenosti na teret Zavoda	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.
<b>Ukupno:</b>								

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

koja iznosi \_\_\_\_\_ eura po satu - bruto<sup>(7)</sup> odnosno \_\_\_\_\_ eura po satu - neto<sup>(8)</sup>.

U \_\_\_\_\_, 20 . g.

\_\_\_\_\_ Ime i prezime/OIB ovlaštene osobe poslodavca

