

# NAZIV OBVEZNIKA UPLETE DOPRINOSA

# POTVRDA O PLAĆI

Broj obveze:

## 1. PODACI O OSIGURANIKU

Prezime: .....

Ime: .....

Dan, mjesec, godina rođenja: .....

Broj osigurane osobe u HZZO:

MBG / OIB\*\* ili MB 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

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

Isplata <sup>(2)</sup> izvršena za mj. / god.	Plaća <sup>(3)</sup>	Isplaćena plaća <sup>(4)</sup>	Broj sati						
			provedenih na radu u		Odsutnost <sup>(5)</sup> s rada s pravom na naknadu plaće po ZOR-u	Ukupno sati	Sati bolovanja na teret HZZO	Sati bolovanja na teret HZZOZZR	Sati prema <sup>(6)</sup> kalendaru radnog vremena
			punom radnom vremnu	dužem od punog radnog vremena					
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
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

