

**NAZIV OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA**

**POTVRDA  
O PLAĆI**

Broj obveze:

**1. PODACI O OSIGURANIKU**

Prezime: .....

Ime: .....

Broj osigurane osobe u HZZO:

JMBG ili MB osigurane osobe:

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**

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

Isplata izvršena za mj. / god. <sup>(2)</sup>	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 bolovanja na teret HZZO	Sati premd <sup>(6)</sup> kalendaru radnog vremena
			punom radnom vremnu	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,**

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 smislu Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju**

