

NAZIV OBVEZNIKA UPLETE DOPRINOSA

POTVRDA O PLAĆI

Broj obveze:

1. PODACI O OSIGURANIKU

Prezime: Ime:

Dan, mjesec, godina rođenja: OIB**:

Broj osigurane osobe u HZZO: MBG ili MB osigurane osobe:

Osigurani 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: ⁽¹⁾

Isplata ⁽²⁾ izvršena za mj. / god.	Plaća ⁽³⁾	Isplaćena plaća ⁽⁴⁾	Broj sati						
			provedenih na radu u		Odsutnost ⁽⁵⁾ s rada s pravom na naknadu plaće po ZOR-u	Ukupno sati	Sati bolovanja na teret HZZO	Sati bolovanja na teret HZZOZZR	Sati prema ⁽⁶⁾ 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 ⁽⁷⁾ kn po satu - brutto, odnosno ⁽⁸⁾ 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

