

# 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:

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 vremenu	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

