

ПОТВРДА О ПОДНЕТОЈ ПРИЈАВИ – ОДЈАВИ ОСИГУРАЊА,  
ЗАСНИВАЊУ И ПРЕСТАНКУ РАДНОГ ОДНОСА

МФ

1	Матични — лични број осигуранића		0 4 0 6 9 7 0 7 1 5 0 2 5	22
2	Регистарски број обвезника уплате доприноса		6 0 0 2 0 3 1 5 3 2	32

3	Презиме и име (писати штампаним словима)	<b>VRAJJEŠ ANA</b>			60
4	Датум рођења	дан <b>4</b>	месец <b>06</b>	година <b>1970.</b>	66
5	Пол	мушњи 1	женски 2		67
6	Школсна спрема	<b>Viša građevinska škola</b>			70
7	Посебни подаци	Да ли је	да	не	71
		слеп	1	2	
		дистрофичар	1	2	
		цивилна жртва рата (70%)	1	2	
8	Назив и седиште обвезника уплате доприноса	<b>INSTITUT ZA PUTEVE D.D.</b>			35
					74

Напомена: осенчене делове не попуњава подносилац пријаве

9	Радно време осигуранића	<b>40</b> часова седмично			39						
10	Основ осигурања	<b>radni odnos</b>			41						
11	Занимање	<b>Viši tehnički saradnik-pripravnik</b>			45						
12	Стручно образовање	<b>Više</b>			46						
13	Стручна спрема за обављање одређе- них послова, односно радних задатака				47						
14	Датум ступања на рад, у осигурање	дан <b>1</b>	месец <b>07</b>	година <b>1995.</b>	53						
15	Да ли је први пут пријављен на осигурање	не 0	да 1		54						
16	У колико је организација запослен	1	2	3	4	5	55				
17	Датум престанка претходног запослења	република/аутономна покрајина -	дан -	месец -	година -	56					
18	Да ли је остварио нено право из пен- зијског и инвалидног осигурања	не 0	старосна пензија 1	инвалидна пензија 2	војна пензија 3	63					
19	Датум престанка осигурања и основ престанка радног односа				71						
Посебни подаци за фонд запошљавања											
21	Занимање	<b>615200</b>			76						
22	Врста радног односа	1	2	3	4	5	6	7	8	9	78
23	Начин запошљавања	1	2	3	4	5	6	80			
24	Регистарски број ПР код фонда запошљавања	<b>7018160051487</b>			90						

ШИФРА ДЕЛАТ. ОРГАНИЗАЦИЈА	<b>1 2 0 2 0 2</b>	ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА	<b>Zdravko</b>
---------------------------	--------------------	---------------------	----------------

МЕСТО <b>Beograd</b>	УЛИЦА И БРОЈ <b>Kunodračka 257</b>	ОПШТИНА <b>Voždovac</b>	РЕПУБЛИКА — АП <b>Srbija</b>
ПРИЈАВА	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ЧЛАНОВА ПОРОД.	МАТИЧНИ БРОЈ	СРОДСТВО
Број			
Датум			
Примио			
Провео			
ОДЈАВА			
Број			
Датум			
Примио			
Провео			

у \_\_\_\_\_ дана \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_ год.

Потпис подносиоца пријаве,

Потпис подносиоца одјаве,



Образац М-3

## ПРИЈАВА ПРОМЕНА У ТОКУ ОСИГУРАЊА

Ред. бр.	НАЗИВ ОБЕЛЕЖЈА	ПРОСТОР ЗА ОДГОВОРЕ	
1	Јединствени матични број грађана, односно лични број осигураника	0 4 0 6 9 7 0 7 1 5 0 2 5	
2	Назив (презиме и име) и седиште обвезника плаћања доприноса	INSTITUT ZA PUTEVE A.D. Beograd. Kumodraška 257	
3	Регистарски број обвезника плаћања доприноса	6 0 0 2 0 3 1 5 3 2	
4	Презиме и име осигураника	A N T I Ć A N A	
5	Пол	Мушки 1	Женски 2
6	Датум рођења	Дан 04.	Месец 06.
		Година 1970.	
7	Занимање	grad.ing. 6 1 5 2 0 0	
8	Школска спрема	Viša građevinska škola	
9	Основ осигурања	radni odnos	
10	Радно време осигураника	40 часова седмично	
11	Датум стицања својства осигураника	Дан 01.	Месец 07.
		Година 1996.	
12	Датум престанка својства осигураника	Дан	Месец
		Година	
13	Основ престанка осигурања		
14	Посебни подаци о осигуранику		
15	Корисник права из пензијског и инвалидског осигурања		

у Beogradu, дана 01.12. 1999. год.

03 DEC 1999

Број и датум пријаве
Примио:
Унео:



Подносилац пријаве,

Astirovits

(потпис овлашћеног лица)

**ПРИЈАВА О ПРОМЕНИ У ТОКУ ОСИГУРАЊА**

МФ              9

1	Матични — лични број осигураника	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/>	22
2	Регистарски број обвезнина уплате доприноса	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="2"/>	32

ВК    35

3	Презиме и име	стари податак (према претходној пријави)	YBARJEŠ ANA			60							
		нови податак	ANTIĆ ANA										
4	Датум рођења	дан	месећ	година	дан	месећ	година	66					
		04.	06.	1970.									
5	Пол	мушки	женски	дан	месећ	година	67						
		1	2										
6	Школна спрема	VIša građevinska škola					70						
7	Посебни подаци	да ли је	слеп	да	не	с.	д.	нр.	ви.	71	72	73	74
				1	2								
			дистрофичар	да	не								
				1	2								
			цивилна жртва рата (70%)	да	не								
	1	2											
	војни инвалид	да	не										
		1	2										
8	Датум дејства промене	01.12.1999.			дан	месећ	година	80					

ВК    35

9	Радно време осигураника	40	часова седмично	39									
10	Основ осигурања	radni odnos			41								
11	Занимање	VIši струčni saradnik III-saradnik ing.			45								
12	Стручно образовање	VŠS			46								
13	Стручна спрема за обављање одређених послова, односно радних задатака				47								
14	Датум ступања на рад, у осигурање	дан	месећ	година	дан	месећ	година	53					
		01.	07.	1996.									
15	Да ли је први пут пријављен на осигурање	не	да	дан	месећ	година	54						
		0	1										
16	У колико је организација запослен	1	2	3	4	5	дан	месећ	година	55			
17	Датум престанка претходног запослења	РЕПУБЛИКА			датум			дан	месећ	година	56		
18	Да ли је остварио право из пензијског и инвалидног осигурања	не	старосна пензија	инвалидна пензија	војна пензија	дан	месећ	година	56				
		0	1	2	3								
										дан	месећ	година	62
										дан	месећ	година	63
19	Датум престанка осигурања и основ престанка	дан	месећ	година	дан	месећ	година	69					
20	Датум дејства промене	дан	месећ	година	дан	месећ	година	76					

ШИФРА ДЕЛАТНОСТИ

ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА **Zdravko**

МЕСТО <b>Beograd</b>	УЛИЦА И БРОЈ <b>Kumodraška 257</b>	ОПШТИНА <b>Voždovac</b>	РЕПУБЛИКА <b>Srbija</b>
----------------------	------------------------------------	-------------------------	-------------------------

ПРОМЕНА	
Број	
Датум	
Примио	

	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ЧЛАНОВА ПОРОДИЦЕ	Датум рођења			СРОДСТВО
		дан	месећ	година	
1	Antić Menad	07	07	66	suprug
2	Antić Tamara	15	07	99	kći
3					
4					
5					
6					


у **Beogradu** дана    год.

Потписе подносиоца пријаве  
\*  
1

## ПРИЈАВА ПРОМЕНА У ТОКУ ОСИГУРАЊА за осигуранике запослене

Ред. бр.	НАЗИВ ОБЕЛЕЖЈА	ПРОСТОР ЗА ОДГОВОРЕ						
		Број МФ ролне и позиције						
1.	Јединствени матични број грађана, односно лични број осигураника	0406970715025						
2.	Назив (презиме и име) и седиште обвезника плаћања доприноса	ИНСТИТУТ ЗА ПУТЕВЕ А.Д. БЕОГРАД, КУМОДРАШКА 257						
3.	Регистарски број обвезника плаћања доприноса	6002031532						
4.	Порески идентификациони број обвезника плаћања доприноса	100379929						
5.	Презиме и име осигураника	ВРАЋЕШ АНА						
6.	Пол	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Мушки 1</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Жански 2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Мушки 1	Жански 2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Мушки 1	Жански 2							
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
7.	Датум рођења	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Дан</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Месец</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Година</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">06.</td> <td style="text-align: center;">1970</td> </tr> </table>	Дан	Месец	Година	4	06.	1970
Дан	Месец	Година						
4	06.	1970						
8.	Занимање	ВИШИ ТЕХНИЧКИ САРАДНИК II САНСТАЛНИ ИНЖ. II						
9.	Школска спрема	ВИША ГРАЂЕВИНСКО ГЕСДЕТСКА ШКОЛА						
10.	Основ осигурања	РАДНИ ОДНОС						
11.	Датум стицања својства осигураника	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Дан</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Месец</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Година</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1.</td> <td style="text-align: center;">07.</td> <td style="text-align: center;">1996.</td> </tr> </table>	Дан	Месец	Година	1.	07.	1996.
Дан	Месец	Година						
1.	07.	1996.						
12.	Датум престанка својства осигураника	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Дан</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Месец</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Година</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>	Дан	Месец	Година			
Дан	Месец	Година						
13.	Основ престанка осигурања	<input type="checkbox"/>						
14.	Посебни подаци о осигуранику	<input type="checkbox"/>						
15.	Датум дејства промене	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Дан</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Месец</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Година</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4.</td> <td style="text-align: center;">05.</td> <td style="text-align: center;">2007.</td> </tr> </table>	Дан	Месец	Година	4.	05.	2007.
Дан	Месец	Година						
4.	05.	2007.						
16.	Корисник права из пензијског и инвалидског осигурања	<input type="checkbox"/>						

у Београду, дана 5. 03. 2008. год.

Број и датум пријаве:	06 MAR 2008
Примио:	
Унео:	



Подносилац пријаве,

*Stanićević*  
(потпис овлашћеног лица)