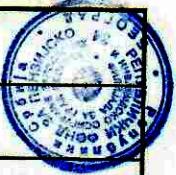


# ПРИЈАВА ПРОМЕНА У ТОКУ ОСИГУРАЊА

		Број МФ ролне и позиције			
Ред. бр.	НАЗИВ ОБЕЛЕЖЈА	ПРОСТОР ЗА ОДГОВОРЕ			
1	Јединствени матични број грађана, односно лични број осигураника	1   3   1   1   9   7   0   7   1   5   2   5   7			
2	Назив (презиме и име) и седиште обвезника плаћања доприноса	INSTITUT ZA PUTEVE D.D. Bgd. Kumodraška 257			
3	Регистарски број обвезника плаћања доприноса	6   0   0   2   0   3   1   5   3   2			
4	Презиме и име осигураника	S   T   A   M   E   N   K   O   V   I   Ć T   A   T   J   A   N   A			
5	Пол	Мушки 1	Женски 2		
6	Датум рођења	Дан 13.	Месец 11.	Година 1970.	
7	Занимање	Економски техничар			
8	Школска спрема	Економска школа			
9	Основ осигурања	radni odnos			
10	Радно време осигураника	40 часова седмично			
11	Датум стицања својства осигураника	Дан 18.	Месец 12.	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 Београду....., дана 29.09...... 1998. год.

30 09 1998

Број и датум пријаве	
Примио:	
Унео:	



Подносилац пријаве,

*Astencobit*

(потпис овлашћеног лица)



