

ПОТВРДА О ПОДНЕТОЈ ПРИЈАВИ - ОДЈАВИ ОСИГУРАЊА

Образац М-3А

		Број МФ ролне и позиције		
Ред. бр.	НАЗИВ ОБЕЛЕЖЈА	ПРОСТОР ЗА ОДГОВОРЕ		
1	Јединствени матични број грађана, односно лични број осигураника	1 8 1 1 9 6 1 7 3 8 5 2 2		
2	Назив (презиме и име) и седиште обвезника плаћања доприноса	INSTITUT ZA PUTEVE D.D. Beograd, Kijodračka 257		
3	Регистарски број обвезника плаћања доприноса	6 0 0 2 0 3 1 5 3 2		
4	Презиме и име осигураника	B Š U M O V I Ć S V E T L A N A		
5	Пол	Мушки 1	Женски 2	<input type="checkbox"/>
6	Датум рођења	Дан 18.	Месец 11.	Година 1961.
7	Занимање	Higijeničarka - spremačica		
8	Школска спрема	Osmogodišnja škola		
9	Основ осигурања	radni odnos		
10	Радно време осигураника	40 часова седмично		
11	Датум стицања својства осигураника	Дан 26.	Месец 09.	Година 1997.
12	Датум престанка својства осигураника	Дан	Месец	Година
13	Основ престанка осигурања			
14	Посебни подаци о осигуранику	Nastavila sa radom posle neplaćenog odsustva		
15	Корисник права из пензијског и инвалидског осигурања			

у..... Beogradu,....., дана 26.09...... 199..... год.

Број и датум пријаве - одјаве	
Примио:	



Подносилац пријаве,

.....
(потпис овлашћеног лица)