

# ПОТВРДА О ПОДНЕТОЈ ПРИЈАВИ - ОДЈАВИ ОСИГУРАЊА

Образац М-ЗА

Ред. бр.	НАЗИВ ОБЕЛЕЖЈА	ПРОСТОР ЗА ОДГОВОРЕ
		Број МФ ролне и позиције
1	Јединствени матични број грађана, односно лични број осигураника	0 8 0 6 9 7 9 7 8 0 0 3 0
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	Z I R O J E V I Ć A L E K S A
5	Пол	Мушки <input checked="" type="checkbox"/> 1 Женски <input type="checkbox"/> 2 <span style="float: right;">1</span>
6	Датум рођења	Дан: 08. Месяц: 06. Година: 1979.
7	Занимање	Hemij.tehnol. tehničar <span style="float: right;">4 0 3 1 0 0</span>
8	Школска спрема	Poljoprivredno hemijska škola <span style="float: right;">     </span>
9	Основ осигурања	radni odnos <span style="float: right;">   </span>
10	Радно време осигураника	40..... часова седмично <span style="float: right;">     </span>
11	Датум стицања својства осигураника	Дан: 01. Месяц: 02. Година: 1999. <span style="float: right;">         </span>
12	Датум престанка својства осигураника	Дан: 9. Месяц: 06. Година: 2000. <span style="float: right;">         </span>
13	Основ престанка осигурања	mirovanje radnog odnosa <span style="float: right;">   </span>
14	Посебни подаци о осигуранику	<span style="float: right;">   </span>
15	Корисник права из пензијског и инвалидског осигурања	<span style="float: right;">   </span>

у..... Beogradu..... дана 01.02.1999. год.  
12.06.2000.

Број и датум пријаве	
Примио:	(М.П.)

Подносилац пријаве,

*Aleksobich*

(потпис овлашћеног лица)



