

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	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"/>	Женски <input type="checkbox"/>
6	Датум рођења	Дан 08.	Месец 06.
		Година 1979.	
7	Занимање	hemij.tehnol. tehničar 4 0 3 1 0 0	
8	Школска спрема	Poljoprivredno hemijska škola	
9	Основ осигурања	Radni odnos	
10	Радно време осигураника	40..... часова седмично	
11	Датум стицања својства осигураника	Дан 1.	Месец 07.
		Година 2001.	
12	Датум престанка својства осигураника	Дан	Месец
		Година	
13	Основ престанка осигурања		
14	Посебни подаци о осигуранику	nastavio sa radom posle mirovanja radnog odnosa	
15	Корисник права из пензијског и инвалидског осигурања		

У..... Beogradu....., дана 5.07.2001..... год.

09 JUL 2001

Број и датум пријаве - одјаве
Примио:



Подносилац пријаве,

[Signature]
.....
(потпис овлашћеног лица)

24800140626

ОДЈАВА ОСИГУРАЊА И ПРИЈАВА О ПРЕСТАНКУ РАДНОГ ОДНОСА
(за здравствено осигурање)



МФ 100379929

1	Матични — лични број осигураника	0806979780030	22
2	Регистарски број обвезника уплате доприноса	6002031532	32
		ВН 122	35

3	Презиме и име (писати штампаним словима)	ZIROJEVIĆ ALEKSA		
4	Датум рођења	дан 08.	месец 06.	година 1979.
5	Пол	мушки <input checked="" type="radio"/>	женски <input type="radio"/>	2
6	Школна спрема	Poljopr. hemijska škola		
7	Посебни подаци	Да ли је слеп	да 1	не <input checked="" type="radio"/>
		дистрофичар	1	<input checked="" type="radio"/>
		цивилна жртва рата (70%)	1	<input checked="" type="radio"/>
		војни инвалид	1	<input checked="" type="radio"/>
8	Назив и седиште обвезника уплате доприноса	INSTITUT ZA PUTEVE A.D.		
		ВН 121	35	

Напомена: осенчене делове не попуњава подносилац пријаве

9	Радно време осигураника	40 часова седмично			
10	Основ осигурања	radni odnos			
11	Занимање	Tehnički saradnik III			
12	Стручно образовање	srednje			
13	Стручна спрема за обављање одређених послова, односно радних задатака	"			
14	Датум ступања на рад, у осигурање	дан 1.	месец 07.	година 2001.	
15	Да ли је директан пут пријављен на осигурање	<input checked="" type="radio"/>	не <input type="radio"/>		
16	У колико је организација запослен	<input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5			
17	Датум претанка претходног запослења	република/аутономна покрајина Institut za puteve	дан 9.	месец 06.	година 2000.
18	Да ли је остварено право из пензијског и инвалидског осигурања	не <input checked="" type="radio"/>	старосна пензија 1	инвалидска пензија 2	војна пензија 3
19	Датум престанка осигурања и основа престанка радног односа	18.06.2007. ПРИЈАВА ПРЕНА ПРЕБИВАЊИЈУ			

Посебни подаци за фонд запошљавања

21	Занимање	
22	Врста радног односа	1 2 3 4 5 6 7 8 9
23	Начин запошљавања	1 2 3 4 5 6
24	Регистарски број ПР код фонда запошљавања	nastavio sa radom poгле mirovanja radnog односа

ШИФРА ДЕЛАТ. ОРГАНИЗАЦИЈА 110403 ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА Milorad

МЕСТО Beograd УЛИЦА И БРОЈ Kumodraška 257 ОПШТИНА Voždovac РЕПУБЛИКА — АП Srbija

ПРИЈАВА Број Датум Примно Провера ОДЈАВА Број Датум Примно Провера	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ЧЛАНОВА ПОРОД.	МАТИЧНИ БРОЈ	СРОДСТВО	
	1	ZIROJEVIĆ NEĐA	0704004785042	КБИ
	2			
	3			
	4			
	5			

**ПОТВРДА О ПОДНЕТОЈ - ОДЈАВИ ОСИГУРАЊА,
ЗАСНИВАЊУ И ПРЕСТАНКУ РАДНОГ ОДНОСА
(за здравствено осигурање)**

МФ

100379929 9

1	Матични-лични број осигураника		0806979780030	22
2	Регистарски број обвезника уплате доприноса		6002031532	32
				ВК 112

3	Презиме и име (писати штампаним словима)	ЗИРОЈЕВИЋ АЛЕКСА			60
4	Датум рођења	дан	месец	година	дан месец година
		08.	06.	1979.	
5	Пол	мушки <input checked="" type="radio"/> 1	женски <input type="radio"/> 2		
6	Школска спрема	ПОЉОПР. ХЕМИЈСКА ШКОЛА			
7	Посебни подаци	Да ли је	да	не	
		слеп	1	<input checked="" type="radio"/> 2	
		дистрофичар	1	<input checked="" type="radio"/> 2	
		цивилна жртва рата (70%)	1	<input checked="" type="radio"/> 2	
	војни инвалид	1	<input checked="" type="radio"/> 3		
8	Назив и седиште обвезника уплате доприноса	ИНСТИТУТ ЗА ПУТЕВЕ А.Д. БЕОГРАД, КУНОДРАЧКА 237			ВК 111

Напомена: освенчене делове не попуњава подносилац пријаве:

9	Радно време осигураника	40 часова седмично			
10	Основ осигурања	РАДНИ ОДНОС			
11	Занимање	ТЕХНИЧКИ САРАДНИК I			
12	Стручно образовање	СРЕДЊЕ			
13	Стручна спрема за обављање одређених послова односно радних задатака	- - -			
14	Датум ступања на рад, у осигурање	дан	месец	година	дан месец година
		19.	06.	2007.	
15	Да ли је први пут пријављен на осигурање	не <input checked="" type="radio"/> 0	да <input type="radio"/> 1		
16	У колико је организација запослен	<input checked="" type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5			
17	Датум престанка претходног запослења	република/аутономна покрајина	дан	месец	година
		ИНСТИТУТ ЗА ПУТЕВЕ А.Д. БГА, 1.07.2007.	18.	06.	2007.
18	Да ли је остварио неко право из пензијског и инвалидског осигурања	не <input checked="" type="radio"/> 0	старосна пензија <input type="radio"/> 1	инвалидска пензија <input type="radio"/> 2	војна пензија <input type="radio"/> 3
19	Датум престанка осигурања и основ престанка радног односа				

Посебни подаци за фонд запошљавања		
21	Занимање	
22	Врста радног односа	1 2 3 4 5 6 7 8 9
23	Начин запошљавања	1 2 3 4 5 6
24	Регистарски број ПР код фонда запошљавања	

ШИФРА ДЕЛАТ.ОРГАНИЗАЦИЈА	74202	ИМЕ ЈЕДНОГ ОД РОДИТЕЉА	МИЛОРАД
--------------------------	-------	------------------------	---------

МЕСТО	КРАЈЕВО	УЛИЦА И БРОЈ	МОШИН ГАС 19	ОПШТИНА	КРАЈЕВО	РЕПУБЛИКА-АП	СРБИЈА
ПРИЈАВА	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ЧЛАНОВА ПОРОДИЦЕ		МАТИЧНИ БРОЈ		СРОДСТВО		
Број	1						
Датум	21.06.07						
Примио							
Превео							
ОДЈАВА	24						
Број	2						
Датум							
Примио							
Превео							
	3						
	4						
	5						
	6						

у БЕОГРАДУ, дана 19.06. 2007. год.

Потпис подносиоца пријаве: *Вранковић*

Потпис подносиоца одјаве: _____

