


# 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	2 2 0 2 9 7 3 7 1 0 1 4 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	A N D E L K O V I Ć N E N A D
5	Пол	Мушки <input checked="" type="checkbox"/> Женски <input type="checkbox"/> <span style="float: right;">1</span>
6	Датум рођења	Дан: 22. Месец: 02. Година: 1973.
7	Занимање	Грађевински техничар <span style="float: right;">4 0 5 2 0 0</span>
8	Школска спрема	Грађевинска техн. школа <span style="float: right;">   </span>
9	Основ осигурања	Правни однос <span style="float: right;">   </span>
10	Радно време осигураника	40 ..... часова седмично <span style="float: right;">     </span>
11	Датум стицања својства осигураника	Дан: 19. Месец: 11. Година: 2001. <span style="float: right;">           </span>
12	Датум престанка својства осигураника	Дан: _____ Месец: _____ Година: _____ <span style="float: right;">           </span>
13	Основ престанка осигурања	<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 Београду, \_\_\_\_\_, дана 22.11.2001. год.

Број и датум пријаве - одјаве	
Примио:	



Подносилац пријаве,  
*А. Милошевић*  
.....  
(потпис овлашћеног лица)



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

МФ

9

1	Матични — лични број осигуранића		2222973710140	22
2	Регистарски број обвезника уплате доприноса		6002031532	32

ВК 112 35

3	Презиме и име (писати штампаним словима)	ANDELKOVIC NENAD			60
4	Датум рођења	дан	месец	година	66
		22	02	1973.	
5	Пол	мушки	1	женски	2
6	Школна спрема	Građevinska teh. škola			70
7	Посебни подаци	Да ли је слеп	да	не	
			1	2	
		дистрофичар	1	2	
		цивилна жртва рата (70%)	1	2	
	војни инвалид	1	2		
8	Назив и седиште обвезника уплате доприноса	INSTITUT ZA PUTEVE A-D.			35

ВК 111 35

Напомена: осенчене делове не попуњава подносилац пријаве

9	Радно време осигуранића	40	часова седмично	39						
10	Основ осигурања	radni odnos			41					
11	Занимање	građevinski tehničar			45					
12	Стручно образовање	SSS			46					
13	Стручна спрема за обављање одређених послова, односно радних задатака	"			47					
14	Датум ступења на рад, у осигурање	дан	месец	година	53					
15	Да ли је први пут пријављен на осигурање	не	0	да	1					
16	У колико је организација запослен	1	2	3	4	5				
17	Датум престанка претходног запослења	република/аутономна покрајина	дан	месец	година	56				
		"Fitness" d.o.o. Beograd	18	11	2009.					
18	Да ли је остварио неко право из пензијског и инвалидског осигурања	не	0	старијосна пензија	1	инвалидска пензија	2	војна пензија	3	63
19	Датум престанка осигурања и основ престанка радног односа				71					

Посебни подаци за фонд запошљавања

21	Занимање	Građevinski tehničar 405200			76						
22	Врста радног односа	1	2	3	4	5	6	7	8	9	78
23	Начин запошљавања	1	2	3	4	5	6	78			
24	Регистарски број ПР код фонда запошљавања	7018110097982			90						

ШИФРА ДЕЛАТ. ОРГАНИЗАЦИЈА 110403

ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА Dragoslav

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

ПРИЈАВА	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ЧЛАНОВА ПОРОД.	МАТИЧНИ БРОЈ	СРОДСТВО
Број			
Датум			
Примио			
Пролио			
ОДЈАВА			
Број			
Датум			
Примио			
Пролио			

у Beogradу дана 22.11.2009 год.

Потпис подносиоца пријаве.

Потпис подносиоца одјаве,