


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 1 0 4 9 6 3 7 1 5 4 6 3	
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	M A T E J I Ć J A D R A N K A	
5	Пол	Мушки 1	Женски <input checked="" type="checkbox"/>
6	Датум рођења	Дан	Месец Година
		1.	04. 1963.
7	Занимање	hemijsko-tehnološki tehničar 4 0 3 1 0 0	
8	Школска спрема	Hemiskotehn. prehranbeni centar <input type="checkbox"/>	
9	Основ осигурања	radni odnos <input type="checkbox"/>	
10	Радно време осигураника	40 часова седмично <input type="checkbox"/>	
11	Датум стицања својства осигураника	Дан	Месец Година
		1.	04. 2002.
12	Датум престанка својства осигураника	Дан	Месец Година
13	Основ престанка осигурања	<input type="checkbox"/>	
14	Посебни подаци о осигуранику	<input type="checkbox"/>	
15	Корисник права из пензијског и инвалидског осигурања	<input type="checkbox"/>	

у Beogradu, дана 5.04.2002. год.

Број и датум пријаве:	
Примио:	



Подносилац пријаве,

A. J. J. J. J.

(потпис овлашћеног лица)

