

## ПОТВРДА О ПОДНЕТОЈ ПРИЈАВИ — ОДЈАВИ ОСИГУРАЊА

		Број МФ ролне и позиције	
Ред. бр.	НАЗИВ ОБЕЛЕЖЈА	ПРОСТОР ЗА ОДГОВОРЕ	
1.	Јединствени матични број грађана, односно лични број осигураника	1 3 0 8 9 7 7 7 1 0 0 4 7	
2.	Порески идентификациони број осигураника		
3.	Назив (презиме и име) и седиште обвезника плаћања доприноса	<b>ИНСТИТУТ ЗА ПУТЕВЕ А.Д. Београд, Београдска 257.</b>	
4.	Регистарски број обвезника плаћања доприноса	6 0 0 2 0 3 1 5 3 2	
5.	Порески идентификациони број обвезника плаћања доприноса	1 0 0 3 7 9 9 2 9	
6.	Презиме и име осигураника	S T O J M I Ć D R A G A N	
7.	Пол	Мушки <input checked="" type="checkbox"/>	Женски <input type="checkbox"/>
8.	Датум рођења	Дан	Месец    Година
		12.	08.    1977.
9.	Занимање	Страни сарадник-приправник	
10.	Школска спрема	Грађевински факултет	
11.	Основ осигурања	Ратни однос	
12.	Датум стицања својства осигураника	Дан	Месец    Година
		10.	08.    2005.
13.	Датум престанка својства осигураника	Дан	Месец    Година
14.	Основ престанка осигурања		
15.	Посебни подаци о осигуранику	наставио се радом после miroвања радног односа због одлуке о одлуке војног рока	
16.	Корисник права из пензијског и инвалидског осигурања		

у..... **Београду**....., дана **24.08.**..... 200**5.** год.

Број и датум пријаве:
Примио: <span style="float: right; color: blue; font-weight: bold;">25 AUG 2005</span>
Унео:



Подносилац пријаве,  
*Stojanović*  
.....  
(потпис овлашћеног лица)



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

МФ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1	Матични — лични број осигураника	→	1 3 0 8 9 7 7 7 1 0 0 4 7	22
2	Регистарски број обвезника уплате доприноса	→	6 0 0 2 0 3 1 5 3 2	32

3	Презиме и име (писати штампаним словима)	STOJNIĆ DRAGAN			60
4	Датум рођења	дан	месец	година	55
		13.	08.	1977.	56
5	Пол	мушки <input checked="" type="checkbox"/> 1	женски <input type="checkbox"/> 2		67
6	Школска спрема	Градјевински факултет			70
7	Посебни подаци	Да ли је	да	не	74
		слеп	1	2	
		дистрофичар	1	2	
		цивилна жртва рата (70%)	1	2	
8	Назив и седиште обвезника уплате доприноса	INSTITUT ZA PUTEVE A.D.			35

Напомена: осанчене делове на попуњава подносилац пријаве

9	Радно време осигураника	40 часова седмично			38
10	Основ осигурања	radni odnos			41
11	Занимање	Stručni saradnik - pripravnik			46
12	Стручно образовање	visoko			47
13	Стручна спрема за обављање одређе- них послова, односно радних задатака	"			53
14	Датум ступања на рад, у осигурање	дан	месец	година	54
		16.	08.	2005.	55
15	Да ли је први пут пријављен на осигурање	не <input checked="" type="checkbox"/> 0	да <input type="checkbox"/> 1		56
16	У колико је организација запослен	1 2 3 4 5			62
17	Датум престанка претходног запошљања	република/аутономна покрајина	дан	месец	година
		Institut za puteve, Bgd. 1.06.2004.	02.	12.	2004.
18	Да ли је остварио немо право из пен- зијског и инвалидног осигурања	не <input checked="" type="checkbox"/> 0	старосна пензија <input type="checkbox"/> 1	инвалидна пензија <input type="checkbox"/> 2	војна пензија <input type="checkbox"/> 3
19	Датум престанка осигурања и основ престанка радног односа				71

Посебни подаци за фонд запошљавања

21	Занимање										76
22	Врста радног односа	1	2	3	4	5	6	7	8	9	78
23	Начин запошљавања	1	2	3	4	5	6	80			
24	Регистарски број ПР код фонда запошљавања	nastavio se radom после miroвања р.о. zbog одслужења војног рока									90

ШИФРА ДЕЛАТ. ОРГАНИЗАЦИЈА: 7 4 2 0 2      ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА: Borivoje

МЕСТО: Beograd      УЛИЦА И БРОЈ: Kumodraška 257.      ОПШТИНА: Voždovac      РЕПУБЛИКА — ОП: Србија

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

У Beogradу дана 24.08.2005 год.      Потпис подносиоца одјаве,