

ПОТВРДА О ПОДНЕТОЈ ПРИЈАВИ – ОДЈАВИ ОСИГУРАЊА

Образац М-3А

Ред. број	НАЗИВ ОБЕЛЕЖЈА	ПРОСТОР ЗА ОДГОВОРЕ
1.	Јединствени матични број грађана, односно лични број осигураника	2 6 1 1 2 9 7 9 7 1 0 1 1 1 1
2.	Порески идентификациони број	
3.	Назив (презиме и име) и седиште обвезника плаћања доприноса	НАСТАВНИК ЗАПУТЕВЕ А.Д. БЕОГРАД, КУМОЉАЦИКА 257
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	Ј О В А Н О В И Ћ Б О Р Ђ Е
7.	Пол	Мушки <input checked="" type="checkbox"/> Женски <input type="checkbox"/>
8.	Датум рођења	Дан: 26. Месец: 12. Година: 1979.
9.	Занимање	СТРУЧНИ САРАДНИК - ПРИПРАВНИК
10.	Школска спрема	СКОПЈАРАДСКИ СБАКУЛАТОР
11.	Основ осигурања	РАДНИ ОДНОС
12.	Датум стицања својства осигураника	Дан: 15. Месец: 05. Година: 2006.
13.	Датум престанка својства осигураника	Дан: 7. Месец: 09. Година: 2009.
14.	Основ престанка осигурања	МИРСВАЏЕ РАДНОГ ОДНОСА ЗБОГ СВАЊСКЕ НА ОДСЛУЖЕЊЕ ВОЈНОГ РОКА
15.	Посебни подаци о осигуранику	
16.	Корисник права из пензијског и инвалидског осигурања	

у БЕОГРАДУ, дана 17.05.2006 год.
2.09.2009.

Број и датум пријаве	18 MAY 2006
Примио:	



Подносилац пријаве,

Stabulcovic
(потпис овлашћеног лица)

03 SEP 2009

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

МФ

100379929

1	Матични — лични број осигураника				2612979710111	22					
2	Регистарски број обвезника уплате доприноса				6002031532	32					
3	Презиме и име (писати штампаним словима)	ЈОВАНОВИЋ БОРБЕ				60					
4	Датум рођења	дан 26.	месец 12.	година 1979.							
5	Пол	мушки <input checked="" type="radio"/>	женски <input type="radio"/>	2							
6	Школна спрема	САОБРАЌАЈНИ ФАКУЛТЕТ				67					
7	Посебни подаци	Да ли је:	да	не							
		слеп	1	<input checked="" type="radio"/>							
		дистрофичар	1	<input checked="" type="radio"/>							
		цивилна жртва рата (70%)	1	<input checked="" type="radio"/>							
8	Назив и седиште обвезника уплате доприноса	ИНСТИТУТ ЗА ПУТЕВЕ А.Д.				70					
					војни инвалид	1	<input checked="" type="radio"/>				
					с	А	ЖР	ВН			
					71	72	73	74			
									ВН	111	35

Напомена: осенчене делове не попуњава подносилац пријаве

9	Радно време осигураника	40 часова седмично					
10	Основ осигурања	РАДНИ ОДНОС					
11	Занимање	СТРУЧНИ САРАДНИК - ПРИПРАВНИК					
12	Стручно образовање	ВИСОКО					
13	Стручна спрема за обављање одређених послова односно радних задатака	-II-					
14	Датум ступања на рад, у осигурање	дан 15.	месец 05.	година 2006.			
15	Да ли је први пут пријављен на осигурање	не <input type="radio"/>	да <input checked="" type="radio"/>				
16	У колико је организација запослен	<input checked="" type="radio"/>	2	3	4	5	
17	Датум престанка претходног запослења	република/аутономна покрајина	дан	месец	година		
18	Да ли је остварио немо право из пензијског и инвалидног осигурања	не <input checked="" type="radio"/>	старосна пензија 1	инвалидска пензија 2	војна пензија 3		
19	Датум престанка осигурања и основ престанка радног односа						
Посебни подаци за фонд запошљавања							
21	Занимање	ДПЛ. СЛОБ. УМГ. 715600					
22	Врста радног односа	<input checked="" type="radio"/>	2	3	4	5	
23	Начин запошљавања	<input checked="" type="radio"/>	2	3	4	5	
24	Регистарски број ПР код фонда запошљавања	7010660040324					

ШИФРА ДЕЛАТ. ОРГАНИЗАЦИЈА 74202 ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА БОЖИЋ АР

МЕСТО БЕОГРАД УЛИЦА И БРОЈ КУМОДРАЧКА 257 ОПШТИНА ВРЖАКОВАЦ РЕПУБЛИКА — АП СРБИЈА

ПРИЈАВА	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ЧЛАНОВА ПОРОД.	МАТИЧНИ БРОЈ	СРОДСТВО
Број			
Датум	18.05.06.		
Примио			
Проверо			
ОДЈАВА			
Број			
Датум			
Примио			
Проверо			

у БЕОГРАДУ, дана 17.05. 2006. год.

Потпис подносиоца пријаве, Потпис подносиоца одјаве,