

ПОТВРДА О ПОДНЕТОЈ ПРИЈАВИ — ОДЈАВИ ОСИГУРАЊА

Ред. бр.	НАЗИВ ОБЕЛЕЖЈА	ПРОСТОР ЗА ОДГОВОРЕ
		Број МФ ролне и позиције
1.	Јединствени матични број грађана, односно лични број осигураника	3 1 0 3 9 8 4 7 1 5 1 3 1
2.	Порески идентификациони број осигураника	
3.	Назив (презиме и име) и седиште обвезника плаћања доприноса	ИНСТИТУТ ЗА ПУТЕВЕ А.Д. БЕОГРАД, КУМСДРАШКА 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	ЖИВОТИЋ НАТАША
7.	Пол	Мушки <input type="checkbox"/> Женски <input checked="" type="checkbox"/>
8.	Датум рођења	Дан: 31. Месец: 03. Година: 1984
9.	Занимање	ХИГИЈЕНИЧАРКА - СПРЕМАЧИЦА I
10.	Школска спрема	ОСНОВНА ШКОЛА
11.	Основ осигурања	РАЊНИ ОДНОС
12.	Датум стицања својства осигураника	Дан: 1. Месец: 06. Година: 2007
13.	Датум престанка својства осигураника	Дан: _____ Месец: _____ Година: _____
14.	Основ престанка осигурања	
15.	Посебни подаци о осигуранику	
16.	Корисник права из пензијског и инвалидског осигурања	

у БЕОГРАДУ дана 4.06. 2007 год.

Број и датум пријаве: <u>10000</u>
Примио: _____
Унео: _____



Подносилац пријаве,
Stavilich
(потпис овлашћеног лица)

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

Образац М-1/М-2

МФ

100379929

1	Матични-лични број осигураника		3103984715131	22
2	Регистарски број обвезника уплате доприноса		6002031532	32

ВК 112

3	Презиме и име (писати штампаним словима)	ЖИВОТИЋ НАТАША			60
4	Датум рођења	дан	месец	година	дан месец година
		31.	03.	1984.	
5	Пол	мушки 1	женски	<input checked="" type="radio"/>	
6	Школска спрема	ОСНОВНА ШКОЛА			
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"/>	
		војни инвалид	1	<input checked="" type="radio"/>	
8	Назив и седиште обвезника уплате доприноса	ИНСТИТУТ ЗА ПУТЕВЕ А.А. БЕОГРАД, КУМОДРАШКА 257			ВК 111

Напомена: осенчене делове не попуњава подносилац пријаве:

9	Радно време осигураника	40 часова седмично			
10	Основ осигурања	РАДНИ ОДНОС			
11	Занимање	ХИГИЈЕНИЧАРКА - СПРЕМАЧИЦА I			
12	Стручно образовање	НИЗКЕ			
13	Стручна спрема за обављање одређених послова односно радних задатака	- II -			
14	Датум ступања на рад, у осигурање	дан	месец	година	дан месец година
		1	06.	2007.	
15	Да ли је први пут пријављен на осигурање	не <input checked="" type="radio"/>	да	1	
16	У колико је организација запослен	<input checked="" type="radio"/>	2	3	4
17	Датум престанка претходног запослења	република/аутономна покрајина	дан	месец	година
		ИНСТИТУТ ЗА ПУТЕВЕ Б.А. 1.07.2005.	30.	06.	2006.
18	Да ли је остварио неко право из пензијског и инвалидског осигурања	не	старосна пензија	инвалидска пензија	војна пензија
		<input checked="" type="radio"/>	1	2	3
19	Датум престанка осигурања и основ престанка радног односа				

Посебни подаци за фонд запошљавања		
21	Занимање	ЧИСТАЧ ПРОСТОРИЈЕ 104502
22	Врста радног односа	1 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5 6 7 8 9
23	Начин запошљавања	<input checked="" type="radio"/> 2 3 4 5 6
24	Регистарски број ПР код фонда запошљавања	7010670060064

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

МЕСТО	БЕОГРАД	УЛИЦА И БРОЈ	КОВАЧКА 14	ОПШТИНА	ЗОНДОВАЦ	РЕПУБЛИКА-АП	СРБИЈА
ПРИЈАВА	Број	ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ЧЛАНОВА ПОРОДИЦЕ	МАТИЧНИ БРОЈ	СРОДСТВО			
	Датум						
	Пријмо						
	Превео						
ОДЈАВА	Број						
	Датум						
	Пријмо						
	Превео						

у БЕОГРАДУ дана 4.06. 2007. год.

Потпис подносиоца одјаве:
Потпис подносиоца одјаве:

