

ПОТВРДА О ПОДНЕТОЈ ПРИЈАВИ - ОДЈАВИ ОСИГУРАЊА

Образац М-3А

Ред. бр.	НАЗИВ ОБЕЛЕЖЈА	ПРОСТОР ЗА ОДГОВОРЕ						
		Број МФ ролне и позиције						
1	Јединствени матични број грађана, односно лични број осигураника	0 3 1 0 9 5 9 7 3 0 0 1 5						
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	R A N D E L O V I Ć R A D E						
5	Пол	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Мушки ①</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Женски 2</td> </tr> </table>	Мушки ①	Женски 2				
Мушки ①	Женски 2							
6	Датум рођења	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Дан</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Месец</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Година</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3.</td> <td style="text-align: center;">10.</td> <td style="text-align: center;">1959.</td> </tr> </table>	Дан	Месец	Година	3.	10.	1959.
Дан	Месец	Година						
3.	10.	1959.						
7	Занимање	dipl. grad. ing. 7 1 5 2 0 0						
8	Школска спрема	Građevinski fakultet						
9	Основ осигурања	Radni odnos						
10	Радно време осигураника10..... часова седмично						
11	Датум стицања својства осигураника	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Дан</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Месец</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Година</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2.</td> <td style="text-align: center;">10.</td> <td style="text-align: center;">2000.</td> </tr> </table>	Дан	Месец	Година	2.	10.	2000.
Дан	Месец	Година						
2.	10.	2000.						
12	Датум престанка својства осигураника	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Дан</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Месец</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Година</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Дан	Месец	Година			
Дан	Месец	Година						
13	Основ престанка осигурања							
14	Посебни подаци о осигуранику							
15	Корисник права из пензијског и инвалидског осигурања							

У.....Beogradu....., дана 9.10.2009..... год.

Број и датум пријаве - одјаве
Примио:

10 OCT 2009



Подносилац пријаве,

Stahulebit

(потпис овлашћеног лица)

ОДЈАВА ОСИГУРАЊА И ПРИЈАВА О ПРЕСТАНКУ РАДНОГ ОДНОСА
(за здравствено осигурање)

Образац М-2

МФ

100379929

9

1	Матични-лични број осигураника		0310959730015	22
2	Регистарски број обвезника уплате доприноса		6002031532	32

ВК 122³⁵

3	Презиме и име (писати штампаним словима)	РАНЂЕЛОВИЋ РАДЕ		
4	Датум рођења	дан	месец	година
		3.	10.	1959.
5	Пол	мушки <input checked="" type="radio"/>	женски	<input type="radio"/>
6	Школска спрема	ГРАЂЕВИНСКИ ФАКУЛТЕТ		
7	Посебни подаци	Да ли је	да	не
		слеп	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		дистрофијар	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		цивилна жртва рата (70%)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
		војни инвалид	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
8	Назив и седиште обвезника уплате доприноса	ИНСТИТУТ ЗА ПУТОВЕ А.Д. БЕОГРАД, КУМОРАШКА 257		

ВК 121³⁵

Напомена: осенчене делове не попуњава подносилац пријаве:

9	Радно време осигураника	40 часова седмично		
10	Основ осигурања	РАДНИ ОДНОС		
11	Занимање	ВИШИ СТРУЧНИ САРАДНИК - ВОДЕЊИ НАДС.ОРГАН I		
12	Стручно образовање	ВИСОКО		
13	Стручна спрема за обављање одређених послова односно радних задатака	-/-		
14	Датум ступања на рад, у осигурање	дан	месец	година
		12	06	2007.
15	Да ли је први пут пријављен на осигурање	не <input checked="" type="radio"/>	да	<input type="radio"/>
16	У колико је организација запослен	<input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5		
17	Датум престанка претходног запослења	република/аутономна покрајина	дан	месец
		Београд	11.	06.
18	Да ли је остварио неко право из пензијског и инвалидског осигурања	не	старосна пензија	инвалидска пензија
		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Датум престанка осигурања и основ престанка радног односа			

41 43

48

Посебни подаци за фонд запошљавања

21	Занимање										
22	Врста радног односа	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
23	Начин запошљавања	1	2	3	4	5	6				
24	Регистарски број ПР код фонда запошљавања										

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

МЕСТО	БЕОГРАД	УЛИЦА И БРОЈ	КЛУЧ ЗА-3/II ст.9	ОПШТИНА	ЗАБЕЧАР	РЕПУБЛИКА-АП	СРЕБОР
ПРИЈАВА	Број	4375		Матични број			
	Датум	13.06.07		Сродство			
	Примио						
	Превео						
ОДЈАВА	Број						
	Датум						
	Примио						
	Превео						

у БЕОГРАДУ дана 12.06. 2007. год.

Потпис подносиоца пријаве, Потпис подносиоца одјаве,



