

**HRVATSKI ZAVOD ZA
MIROVINSKO OSIGURANJE**
PRIJAVA O PRESTANKU POSLOVANJA
OBVEZNIKA DOPRINOSA

Radni nalog / ustrojstvena jedinica		1 2	
1	Registarski broj obveznika doprinosa		
1a	Osobni identifikacijski broj obveznika		
2	Matični broj poslovnog subjekta		

1 Pravna osoba
2 Samostalni obveznik doprinosa
3 Poljoprivrednik

R. br.	NAZIV OBILJEŽJA	MJESTO ZA ODGOVOR
3	NAZIV OBVEZNIKA DOPRINOSA	
4	Datum prestanka poslovanja	
5	Datum zaprimanja prijave	

U _____, _____

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

Potpis obveznika podnošenja prijave

M.P.