

PRIJAVA - ODJAVA - PROMJENA ZA OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	Broj obveze
	Šifra poslovnog subjekta Zavoda
PODRUČNI URED	

1. PODATCI O OBVEZNIKU UPLATE DOPRINOSA

Tip P O	Naziv Čišćenje Perić, Obrt za usluge čišćenja vl. Ana Perić	
	Skraćeni naziv Čišćenje Perić	
Porezni broj		Registarski broj HZMO-a
Podatci DZZS	Matični broj DZZS	Brojčana oznaka djelatnosti prema NKD
	Brojčana oznaka pravno ustrojbenog oblika	
Datum početka poslovanja	1 5 0 4 2 0 1 7	Datum prestanka poslovanja
Adresa sjedišta:		
Poštanski broj, naziv pošte	1 0 0 0 0 Zagreb	Telefon: 01/2386-451
Ulica i broj	Ilica 1	Telefaks:
Naselje	Centar, Zagreb	E-mail ana.peric@ciscenje-peric.hr

2. PODATCI O OBVEZNIKU - FIZIČKOJ OSOBI

MBG	2 3 0 9 9 8 5 5 4 4 3 3 2	MB osigurane osobe u Zavodu
Prezime	Perić	Ime
Adresa:	P - prebivalište	Adresa:
Poštanski broj, naziv pošte	1 0 0 0 0 Zagreb	B - boravak od do
Ulica i broj	Ilica 1	Poštanski broj, naziv pošte
Naselje	Centar	Ulica i broj
		Naselje

3. PODATCI O OBVEZI UPLATE DOPRINOSA

Datum stjecanja statusa obveznika	1 5 0 4 2 0 1 7	Datum prestanka statusa obveznika
--------------------------------------	-----------------	--------------------------------------

Datum promjene	
----------------	--

(Ime i prezime podnositelja - ovlaštene osobe)

M.P.

U _____ dne _____ god.

(Potpis elektronički i potpis podnositelja - ovlaštene osobe)

Zaprimanje	Datum zaprimanja	Unos podataka	Datum evidentiranja
M.P.			
Potpis ovlaštenog radnika Zavoda		Interni broj	Potpis elektronički i potpis ovlaštenog radnika Zavoda