

**HRVATSKI ZAVOD ZA  
MIROVINSKO OSIGURANJE**  
**PRIJAVA O POČETKU  
POSLOVANJA OBVEZNIKA  
PLAĆANJA DOPRINOSA**

Mikrofilmski broj

Tiskanica M-11P

1	Pravna osoba
2	Samostalni obveznik plaćanja doprinosa
3	Poljoprivrednik

Radni nalog / ustrojstvena jedinica		1 1	
1	Registarski broj obveznika plaćanja doprinosa		
2	Registarski broj - prethodni		
3	Matični broj poslovnog subjekta		
4	Obveznik doprinosa za MO		
5	Općina sjedišta odnosno prebivališta obveznika plaćanja doprinosa		

**A. Popunjavaju svi obveznici plaćanja doprinosa**

R.br.	NAZIV OBILJEŽJA	MJESTO ZA ODGOVOR
6	Naziv obveznika plaćanja doprinosa	
7	Vrsta obveznika plaćanja doprinosa	
8	Radno vrijeme poslodavca mjesec i godina važenja	
9	Djelatnost prema NKD	
10	Broj računa	
11	Datum početka poslovanja	
12	Sjedište obveznika plaćanja doprinosa ili podružnice	
13	Šifra naselja i šifra ulice	
14	Ulica, objekt, bliža oznaka sjedišta	
15	Kućni broj	
16	Pošta (broj i naziv)	

**B. Popunjavaju poslodavci i samostalni obveznici plaćanja doprinosa**

17	Matični broj građana / MB	
18	Šifra grane djelatnosti	
19	Mjesto stanovanja	
20	Šifra naselja i šifra ulice	
21	Ulica, objekt, bliža oznaka stana	
22	Kućni broj	
23	Pošta (broj i naziv)	
24	Obavijest slati na: adresu rada: A    adresu: B	
25	Razdoblje sezonskog obavljanja djelatnosti    OD — DO	
26	Poseban podatak - popunjava Zavod	
27	Datum zaprimanja prijave	

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog zaposlenika	Mjesto pečata

U \_\_\_\_\_

M.P.

Potpis obveznika podnošenja prijave