

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

1 - Pravna osoba	Radni nalog / ustrojstvena jedinica	1 1
2 - Samostalni obveznik plaćanja doprinosa	1 Registarski broj obveznika obračunavanja i plaćanja doprinosa	
3 - Poljoprivrednik	2 Registarski broj - prethodni	
	3 Matični broj poslovnog subjekta	
	4 Obveznik doprinosa za MO	
	5 Općina sjedišta odnosno prebivališta obveznika obračunavanja i plaćanja doprinosa	

A. Popunjavaju svi obveznici plaćanja doprinosa

R.br.	NAZIV OBILJEŽJA	MJESTO ZA ODGOVOR
6	NAZIV OBVEZNIKA OBRAČUNAVANJA I 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 obračunavanja i 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 / MBG	
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	

Popunjavanje Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje

Potpis odgovornog radnika

Mjesto pečata

U _____, _____

M.P.

Potpis obveznika podnošenja prijave