

**HRVATSKI ZAVOD ZA
MIROVINSKO OSIGURANJE**
PRIJAVA O PRESTANKU OSIGURANJA

Mikrofilmski broj

Tiskanica M-2P

- 1 - radnika kod pravne osobe
2 - samostalnog obveznika plaćanja doprinosa i radnika kod samostalnog obveznika plaćanja doprinosa
3 - poljoprivrednika

Radni nalog / ustrojstvena jedinica		0 2							
1	Osobni broj osiguranika								
2	Matični broj građana / MBG								
3	Registarski broj obveznika obračunavanja i plaćanja doprinosa								
4	Datum stjecanja svojstva osiguranika								
5	Matični broj poslovnog subjekta								

R. br.	Naziv obilježja	Mjesto za odgovor		
NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA OBRAČUNAVANJA I PLAĆANJA DOPRINOSA				
6	Prezime i ime osiguranika			
7	Datum prestanka svojstva osiguranika	dan	mjesec	godina
8	Razlog prestanka svojstva osiguranika			
9	Datum zaprimanja prijave			

Popunjava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	
Potpis odgovornog radnika	Mjesto pečata

U _____

M. P. _____

Potpis obveznika podnošenja prijave

