

**PRIJAVA - ODJAVA - PROMJENA
NA OSNOVNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**
HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Broj osigurane osobe
u Zavodu

PODRUČNI URED _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A. PODACI O OBVEZNIKU UPLATE DOPRINOSA

Broj obveze _____	Vrsta obveze _____
Naziv obveznika uplate _____	
Adresa (poštanski broj, mjesto, ulica i kućni broj): _____	

B. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI (N)

JMBG ili MB _____	Datum rođenja _____	Spol M Ž
Prezime _____	Ime _____	
Ranija prezimena _____	Ime roditelja _____	
Adresa:	P-prebivalište	B-boravište
Poštanski broj, mjesto	_____	
Ulica i broj	_____	
Naziv mjesta/općine/grada	_____	
Oznaka osnove osiguranja _____	Datum stjecanja statusa osigurane osobe _____	Datum prestanka statusa osigurane osobe _____

C. PODACI ZA ODREĐIVANJE OBVEZE UPLATE DOPRINOSA

Oznaka vrste osnovice _____	Stopa _____ %	Oznaka kriterija obveze _____
Stručna sprema potrebna za obavljanje poslova i djelatnosti NKV PKV KV SSS VKV VŠS VSS mr. dr.spec. dr.sci.		
Naziv radnog mjesta _____		
Radno vrijeme	1. Puno radno vrijeme	2. Nepuno radno vrijeme, broj sati: _____

Datum promjene _____

PRILOG: UVJERENJE O ZDRAVSTVENOJ SPOSOBNOSTI

izdano od _____ dana _____

U _____ dne _____

M.P.

(Potpis podnositelja)

Broj i datum zaprimanja M.P. _____	Unos podataka _____ _____ _____
Potpis ovlaštenog radnika Zavoda	(Šifra i potpis)