

NAZIV OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA

**POTVRDA  
O PLAĆI**

Broj obveze:

**1. PODACI O OSIGURANIKU**

Prezime: .....

Ime: .....

Broj osigurane osobe u HZZO:

JMBG ili MB osigurane osobe:

Osiguranik individualne kapitalizirane štednje - II stup mirovinskog osiguranja:

da\* - ne\*

**2. PODACI O IZNOSIMA PLAĆE KOJA JE OSIGURANIKU ISPLAĆENA U POSLJEDNJIH ŠEST MJESECI PRIJE MJESECA U KOJEM JE NASTUPIO SLUČAJ NA OSNOVI KOJEG SE STJEČE PRAVO NA NAKNADU**

tj. u razdoblju od  (1) do  (1), a za mjesec:

Isplata izvršena za mj. / god. (2)	Plaća (3)	Isplaćena plaća (4)	Broj sati						
			provedenih na radu u		Odsutnost (5) s rada s pravom na naknadu plaće po ZOR-u	Ukupno sati	Sati bolovanja na teret HZZOZZR-a	Sati bolovanja na teret Zavoda	Sati prema (6) kalendaru radnog vremena
			punom radnom vremenu	dužem od punog radnog vremena					
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
<b>Ukupno:</b>									

**3. Osnovicu čini prosječni iznos plaće isplaćene u posljednjih šest mjeseci,**

a koja iznosi (7) ..... kn po satu - brutto, odnosno (8) ..... kn po satu - netto.

M.P.

U ..... 20..... g.

.....  
Potpis odgovorne osobe:

**Napomena: Za štetu koja bi nastala zbog davanja netočnih podataka odgovara obveznik uplate doprinosa u smislu Zakona o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu**

