

PRIJAVA - ODJAVA
BORAVKA U INOZEMSTVU OSIGURANE OSOBE
 HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Broj osigurane osobe u Zavodu

MB osigurane osobe u Zavodu

Broj osigurane osobe u Zavodu (ZZ u inozemstvu)

PODRUČNI URED _____

Razlog boravka u inozemstvu

- I. rad u inozemstvu stručno usavršavanje u sklopu međunarodne suradnje
- stručno usavršavanje obrazovanje u sklopu međunarodne suradnje
- obrazovanje poslijediplomski studij službeni put
- II. privatno
- III. boravak člana obitelji s osiguranikom duže od 6 mjeseci

A. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

MBG / OIB* _____	Datum rođenja _____	Spol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
Prezime: _____	Ime: _____	
Adresa: P - prebivalište Poštanski broj, naziv pošte _____ Ulica i broj _____ Naselje _____	B - boravak od _____ do _____ Poštanski broj, naziv pošte _____ Ulica i broj _____ Naselje _____	
Prvi dan boravka u inozemstvu: _____	Posljednji dan boravka u inozemstvu: _____	

B. PODACI O OBVEZNIKU UPLATE POSEBNOG DOPRINOSA - PRAVNE OSOBE

Broj obveze _____	Vrsta obveze _____
Naziv obveznika uplate _____	
Adresa (poštanski broj, naziv pošte, ulica i broj, naselje): _____	

C. PODACI O OBVEZNIKU UPLATE POSEBNOG DOPRINOSA - FIZIČKE OSOBE

MBG / OIB* _____	MB osigurane osobe u Zavodu _____
Prezime: _____	Ime: _____
Adresa: P - prebivalište Poštanski broj, naziv pošte _____ Ulica i broj _____ Naselje _____	B - boravak od _____ do _____ Poštanski broj, naziv pošte _____ Ulica i broj _____ Naselje _____

* Obvezan podatak od 1. siječnja 2011. godine

M.P. _____

Ime i prezime podnositelja - ovlaštene osobe

U _____, dne _____

Potpis (elektronički potpis podnositelja - ovlaštene osobe)

Zaprimanje Datum zaprimanja _____	Unos podataka Datum evidentiranja _____
Klasa: _____	M.P. _____
Ur. broj: _____	_____
Potpis ovlaštenog radnika Zavoda	Interni broj Potpis (elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda)

