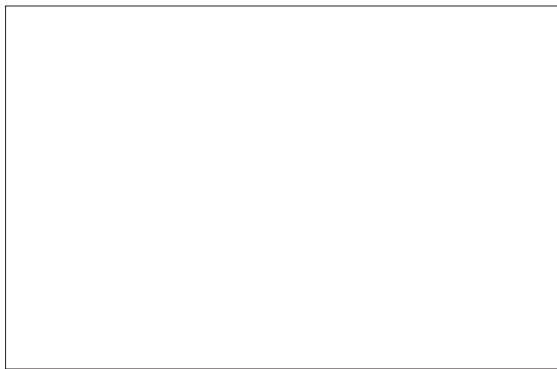


HRVATSKOM ZAVODU ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

DC8FI BC>G@ ý6=#
 DC8FI BCA I F 98I I

SREDIŠNJOJ SLUŽBI



**ZAHTEJEV ZA IZDAVANJE POTVRDE O STAŽU I PLAĆI /
PRIJAVAMA NA OSIGURANJE IZ EVIDENCIJA HZMO-a**

OSOBNI PODACI PODNOSITELJA ZAHTEJEVA

PREZIME (ime oca) I IME (umrlog osiguranika/korisnika)

DJEVOJAČKO PREZIME (navedite sve promjene u prezimenu)

DATUM ROĐENJA

MJESTO, OPĆINA I DRŽAVA ROĐENJA

OSOBNI IDENTIFIKACIJSKI BROJ (OIB)

MATIČNI BROJ GRAĐANA

SPOL Muški Ženski

OSOBNI BROJ (iz radne knjižice)

ADRESA

PODACI O ZAPOSLENJU

Razdoblje od-do	Navedite naziv i adresu poslodavca	Radio-la sam u svojstvu (zanimanje)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jeste li do sada tražili podatke? DA NE

Koje godine?

Potvrda mi je potrebna radi

U , datum

Podaci za kontakt

tel.:

mob.:

e-mail:

Podnositelj zahtjeva *

* Svojim potpisom odgovaram za točnost navedenih podataka te dajem suglasnost HZMO-u za njihovo korištenje i razmjenu s nadležnim ustanovama.