

HRVATSKOM ZAVODU ZA MIROVINSKO OSIGURANJE

PODRUČNOJ SLUŽBI /
 PODRUČNOM UREDU U

**ZAHTJEV ZA UTVRĐIVANJE STAŽA OSIGURANJA ZA SAMOSTALNOG OBVEZNIKA DOPRINOSA
NAKON PRESTANKA OSIGURANJA**

OSOBNİ PODACI PODNOSITELJA ZAHTJEVA

PREZIME (ime oca) i IME										
DJEVOJAČKO PREZIME										
DATUM ROĐENJA										
MJESTO, OPĆINA I DRŽAVA ROĐENJA										
OIB	<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"/>
SPOL	Muški <input type="checkbox"/>					Ženski <input type="checkbox"/>				
OSOBNİ BROJ (iz radne knjižice)	<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"/>
ADRESA										

Molim da mi izdate potvrdu o utvrđenom stažu osiguranja na temelju plaćenih doprinosa za osiguranje koje je prestalo dana

Uz zahtjev prilažem izdanu potvrdu / elektronički zapis i sljedeće dokaze :

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.