

OSOBNI BROJ:
NUMÉRO PERSONNEL:

Ime i prezime korisnika:
Prénom et nom du
bénéficiaire:

Adresa korisnika:
Adresse du bénéficiaire:

PUNOMOĆ AUTORISATION

U skladu s odredbom članka 101. Zakona o mirovinskom osiguranju («Narodne novine», broj 157/13, 15/14, 33/15, 93/15, 120/16, 18/18, 62/18, 115/18) ovlašćujem

En conformité avec la disposition de l'article 101 de la Loi de sécurité sociale („Journal officiel“ numéro 157/13, 15/14, 33/15, 120/16, 93/15, 120/16, 18/18, 62/18, 115/18) j'autorise

(ime, prezime i adresa opunomoćenika)

(prénom, nom et adresse du mandataire)

da u moje ime prima isplate primanja koje mi doznačuje Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje na kućnu adresu putem pošte.
à recevoir en mon nom les prestations qui me sont assignées par l'Institut croate d'assurance pensions à mon domicile par la poste.

Ova punomoć vrijedi od
Cette autorisation est valable du

(datum / date)

do opoziva, a najduže jednu godinu.
jusqu'à sa révocation, mais pas plus d'une année.

U/ Fait à

(datum / date)

Korisnik primanja
Bénéficiaire de la prestation

Opunomoćenik
Mandataire

Ovjera potpisa (potpis i pečat)
Validation de la signature (signature et sceau)

NAPOMENA:

- punomoć, ovjerenu u područnoj službi (bez naknade), kod javnog bilježnika, u diplomatsko-konzularnom predstavništvu RH ili kod nadležnih upravnih tijela države prebivališta, treba dostaviti nadležnoj područnoj službi

ATTENTION:

- l'autorisation, validée dans un bureau régional (sans paiement), auprès d'un notaire, dans une représentation diplomatique & consulaire de la République de Croatie ou auprès des organismes administratifs compétants du pays de résidence, est à transmettre au bureau régional compétent