

ODJAVA
iz pokojninskega in invalidskega ter
zdravstvenega zavarovanja, zavarovanja za starševsko
varstvo in zavarovanja za primer brezposelnosti

Potrditev prejema odjave

Podatki o ZAVEZANCU

1	Firma in sedež / osebno ime in prebivališče		
2	Registrska številka _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	4	EMŠO _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
3	Matična številka poslovnega subjekta _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	5	Davčna številka _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Podatki o ZAVAROVANCU

6	EMŠO _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
8	PRIIMEK
9	IME

Podatki o ZAVAROVANJU

15	Datum pričetka zavarovanja (dan, mesec, leto) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
16	Podlaga za zavarovanje _ _ _ _
17	Delovni / zavarovalni čas zavarovanca (ur na teden) _ _ _
18	Polni delovni / zavarovalni čas zavezanca (ur na teden) _ _ _
31	Vzrok prenehanja zavarovanja _ _ _
32	Datum prenehanja zavarovanja (dan, mesec, leto) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Opombe:

Datum izpolnitve odjave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis odgovorne osebe zavezanca

POTRDILO O ODJAVI
iz pokojninskega in invalidskega ter
zdravstvenega zavarovanja, zavarovanja za starševsko
varstvo in zavarovanja za primer brezposelnosti

Potrditev prejema odjave

Podatki o ZAVEZANCU

1	Firma in sedež / osebno ime in prebivališče				
2	Registrska številka	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	4	EMŠO	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
3	Matična številka poslovnega subjekta	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 0 0 0	5	Davčna številka	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Podatki o ZAVAROVANCU

6	EMŠO	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
8	PRIIMEK	
9	IME	

Podatki o ZAVAROVANJU

15	Datum pričetka zavarovanja (dan, mesec, leto)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
16	Podlaga za zavarovanje	_ _ _ _
17	Delovni / zavarovalni čas zavarovanca (ur na teden)	_ _ _
18	Polni delovni / zavarovalni čas zavezanca (ur na teden)	_ _ _
31	Vzrok prenehanja zavarovanja	_ _ _
32	Datum prenehanja zavarovanja (dan, mesec, leto)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Opombe:

Datum izpolnitve odjave

ŽIG

Potrditev vpisa v evidenco:

Podpis odgovorne osebe zavezanca