

Federacija Bosne i Hercegovine Federalno ministarstvo finansija/financija Porezna uprava	Obrazac JS3110 Prijava/Promjena/Odjava za dobrovoljno mirovinsko osiguranje zdravstveno osiguranje osobnim sredstvima	<i>Bar kod</i>
---	--	----------------

Prvi dio – Podaci o uplatiocu doprinosa

1) JMB <input style="width: 100%;" type="text"/>	5) Šifra općine prebivališta <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>	6) Vrsta prijave <input type="checkbox"/> Prijava osiguranja <input type="checkbox"/> Promjena ličnih podataka <input type="checkbox"/> Odjava osiguranja
2) Prezime i ime:		
3) Kućna adresa, ulica i broj:	7) Telefon:	
4) Poštanski broj i grad:	8) E-mail:	

Drugi dio – Dodatni podaci o uplatiocu doprinosa

1	Djevojačko prezime										
2	Datum rođenja	<input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>									
3	Spol	Muški: <input type="checkbox"/>					Ženski: <input type="checkbox"/>				
4	Kontakt adresa – ulica i broj (ako se razlikuje od adrese prebivališta)										
5	Kontakt adresa – Poštanski broj i mjesto (ako se razlikuje od adrese prebivališta)	Poštanski broj : <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>					Mjesto:				
6	Stručna sprema	DR	MR	VSS	VŠS	SSS	Niža	VKV	KV	PK	NK

Treći dio – Podaci o obveznom osiguranju

1	Datum prijave/odjave/promjene osiguranja	<input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>									
2	Osnova osiguranja	<input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>									

Četvrti dio – Podaci o dobrovoljnom osiguranju

1	Vrsta osiguranja	<input type="checkbox"/> MIO					<input type="checkbox"/> ZO					
2	Datum prijave/odjave/promjene osiguranja	<input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>										
3	Rješenje kantonalnog zavoda zdravstvenog osiguranja	Broj rješenja:						Datum rješenja: <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>				
4	Rješenje Federalnog zavoda za mirovinsko i invalidsko osiguranje	Broj rješenja:						Datum rješenja: <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> / <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/>				

Peti dio – Potvrda i prijem

Ovjera osobe koja popunjava obrazac (ako je primjenjivo)

Ovjera prijema u Poreznoj upravi

Potpis podnosioca prijave:		Datum:	Ime i prezime službenika Porezne uprave:		
Ime i prezime osobe koja je popunila prijavu:	Potpis osobe koja je popunila prijavu:	MP			
	Datum podnošenja:				
Telefonski broj osobe koja je popunila prijavu:			Potpis službenika Porezne uprave:		
Odgovornost osobe koja je popunila prijavu: Izjavljujem da sam pregledao/la ovu prijavu i da su uneseni podaci, po mom najboljem znanju i vjerovanju, vjerodostojni, točni i potpuni.		Datum prijema prijave:			