

## POTVRDA O STATUSU

Osiguranik

Prezime i ime: XXXXXXXX  
JMB: XXXXXXXX  
Lični identifikacioni broj (LIB): XXXXXXXX  
Datum rođenja: XXXXXXXX  
Adresa prebivališta: XXXXXXXX

registrovano za sljedeće vrste osiguranja:

penzijsko-invalidsko osiguranje       zdravstveno osiguranje       osiguranje od nezaposlenosti

Obveznici uplate doprinosa su:

Naziv: XXXXXXXX  
JIB: XXXXXXXX  
Adresa: XXXXXXXX  
Osnov osiguranja: OSNOV OSIGURANJA IZ OBRASCA  
Dnevno radno vrijeme osiguranika: 4 sata

Naziv: XXXXXXXX  
JIB: XXXXXXXX  
Adresa: XXXXXXXX  
Osnov osiguranja: OSNOV OSIGURANJA IZ OBRASCA  
Dnevno radno vrijeme osiguranika: 4 sata

Potpis:

M.P. \_\_\_\_\_