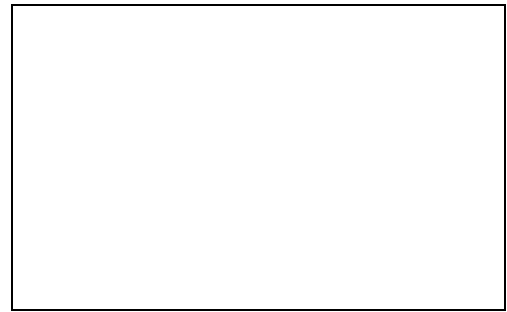


ODJAVA
iz pokojninskega in invalidskega ter
zdravstvenega zavarovanja, zavarovanja za
dolgotrajno oskrbo, zavarovanja za starševsko
varstvo in zavarovanja za primer brezposelnosti



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
dolgotrajno oskrbo, 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