BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
KANTON SARAJEVO
ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
KANTONA SARAJEVO
Poslovnica _____

ZO 1

PRIJAVA
NA OBAVEZNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA

1. Jedinstveni identifikacioni broj obv. uplate dop.
2. Reg.br.obv.upl.dop.
3. Šifra djelatnosti
4. Radno vrijeme obveznika uplate dop.-sedmično

PODACI O OSIGURANIKU

5. JMBG
6. Prezime
7. Ime
8. Djevojačko prezime za udate
9. Ulica i broj prebivališta
10. Broj pošte prebivališta
11. Zanimanje
12. Datum stupanja na rad (dan / mjesec / godina)
13. Državljanstvo
14. Radno vrijeme radnika - sedmično
15. Osnov osiguranja
16. Datum prestanka rada (dan / mjesec / godina)
17. Datum prom.
18. Vrsta promj.

PODACI O ČLANOVIMA PORODICE KOJE OSIGURANIK OSIGURAVA

	Jedinstveni matični broj građanina	Prezime i ime	Srodstvo
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			

Napomena _____

Popunjava Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo

Datum prijema prijave

M.P.

Potpis

M.P.

Potpis podnosioca

U.....

Dana..... 20..... g

Izdavač: Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo

BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
KANTON SARAJEVO
ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
KANTONA SARAJEVO

Poslovnica _____

ZO 2

ODJAVA
SA OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA

1. Jedinstveni identifikacioni broj obv. uplate dop. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
2. Reg.br.obv.upl.dop. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. Šifra djelatnosti ☐☐☐☐☐☐
4. Radno vrijeme obveznika uplate dop.-sedmično ☐☐

PODACI O OSIGURANIKU

5. JMBG ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
6. Prezime _____
7. Ime _____
8. Djevojačko prezime za udate _____
9. Ulica i broj prebivališta _____
10. Broj pošte prebivališta ☐☐☐☐☐
11. Zanimanje ☐☐☐☐
12. Datum stupanja na rad ☐☐☐☐☐☐☐☐ (dan, mjesec, godina)
13. Državljanstvo ☐☐☐
14. Radno vrijeme radnika - sedmično ☐☐
15. Osnov osiguranja ☐☐
16. Datum prestanka rada ☐☐☐☐☐☐☐☐ (dan, mjesec, godina)
17. Datum prom. ☐☐☐☐☐☐☐☐
18. Vrsta promj. ☐☐

PODACI O ČLANOVIMA PORODICE KOJE OSIGURANIK OSIGURAVA

	Jedinstveni matični broj građanina	Prezime i ime	Srodstvo
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			

Napomena _____

Popunjava Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo
Datum prijema prijave

Potpis

M.P.

M.P.

Potpis podnosioca

U.....

Dana..... 20..... g

M.P.

Popunjava Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo
Datum prijema odjave

Potpis

Izdavač: Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo

BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
KANTON SARAJEVO
ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
KANTONA SARAJEVO

Poslovnica _____

ZO 1/2

POTVRDA
O PODNESENOJ PRIJAVI/ODJAVI SA OBAVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA

1. Jedinstveni identifikacioni broj obv. uplate dop. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
2. Reg.br.obv.upl.dop. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
3. Šifra djelatnosti [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
4. Radno vrijeme obveznika uplate dop.-sedmično [ ][ ]

PODACI O OSIGURANIKU

5. JMBG [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
6. Prezime _____
7. Ime _____
8. Djevojačko prezime za udate _____
9. Ulica i broj prebivališta _____
10. Broj pošte prebivališta [ ][ ][ ][ ][ ]
11. Zanimanje [ ][ ][ ][ ]
12. Datum stupanja na rad [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] (dan mjesec godina)
13. Državljanstvo [ ][ ][ ]
14. Radno vrijeme radnika - sedmično [ ][ ]
15. Osnov osiguranja [ ][ ]
16. Datum prestanka rada [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] (dan mjesec godina)
17. Datum prom. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
18. Vrsta promj. [ ][ ]

PODACI O ČLANOVIMA PORODICE KOJE OSIGURANIK OSIGURAVA

	Jedinstveni matični broj građanina	Prezime i ime	Srodstvo
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			

Napomena _____

Popunjava Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo
Datum prijema prijave

Potpis

M.P.

M.P.

Potpis podnosioca

U.....

Dana..... 20..... g

M.P.

Popunjava Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo
Datum prijema odjave

Potpis

Izdavač: Zavod zdravstvenog osiguranja Kantona Sarajevo