

NAZIV OSIGURANJA		PROSTOR ZA ODGOVORE									
1		2									
3		4									
5		6									
7		8									
9		10									
11		12									
13		14									
15		16									
17		18									
19		20									
21		22									
23		24									
25		26									
27		28									
29		30									
31		32									
33		34									
35		36									
37		38									
39		40									
41		42									
43		44									
45		46									
47		48									
49		50									
51		52									
53		54									
55		56									
57		58									
59		60									
61		62									
63		64									
65		66									
67		68									
69		70									
71		72									
73		74									
75		76									
77		78									
79		80									
81		82									
83		84									
85		86									
87		88									
89		90									
91		92									
93		94									
95		96									
97		98									
99		100									

1. lični-matični broj osiguranika

01 100945135

1083008357

011291

42

0700

01

0811

6

081289

MF

VK 22

15	PREZIME I (IME (PISATI STAMPANIM SLOVIMA))	16	17	DATUM RODENJA	18	POL
15	16	17	18	19	20	21

150245

1

VK 23

19	VRSTA ZAVRŠENE SKOLE	20	DATUM STICANJA SKOLSKE SPREME	21	VRIJEME PROVEDENO NA SLUŽBENJU VOJNOG ROKA POSLIJE NAVRŠENE 26 GOD. ŽIVOTA	22	AKO JE SLIJEZ — OD KADA	23	LICE OBOLJELO OD DISTROFIJE I DRUGIH MISIČNIH I NEUROMISIČNIH OBOLJENJA	24	OSIGURANICI S TJELESNIM OŠTEĆENJEM OD NAJMANJE 70% I CIVILNI INVALID RATA OD I-V GRUPE	25	VOJNI INVALID	26	DATUM NASTANKA INVALIDITETA I-VI GRUPE
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32		

239

120964

11026

000000

000000

000000

00

000000

POTVRDA O PODNESENOJ ODJAVI NA OSIGURANJE

Penzijsko. osig.	POTVRDA O PRIJEMU PRIJAVE		POTVRDA O PRIJEMU ODJAVE	
	datum	potpis	datum	potpis
Zdravst. osig.	13.02.90.	KOSA	19.2.90.	SLIGIC
	Broj prijave: 438	H	Broj odjave:	



08.12.89.

SOUJ - SVJETLOST - SARAJEVO GRAFIČKA RADNA ORGANIZACIJA



NAZIV OBILJEZJA		PROSTOR ZA ODGOVORE								
1	2	3								
2	NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA									
3	REGISTARSKI BROJ OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA									
4	ŠIFRA DJELATNOSTI ORGANIZACIJE									
5	RADNO VRIJEME	organizacije-radne jedinice	Časova sedmično							
		radnika	Časova dnevno							
6	OSNOV OSIGURANJA									
7	ZANIMANJE									
8	Kategorija radnog mjesta - Stručna sprema koja se traži na radnom mjestu	Visoka	Viša	Srednja	Niža	Visoko-kvalif.	Kvalif.	Polu kvalif.	Nequalif.	Nepoz.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
9										
10	DATUM PRESTANKA RADA-OSIGURANJA	dan			mjesec			godina		
11	U KOLIKO ORGANIZACIJA JE ZAPOSLEN				1	2	3	4	5	
12	ZAPOSLENJE U PREDHODNOJ ORGANIZACIJI	NE	DA							
		0	BIH	C. Gora	Hrvat.	Maked.	Sloven.	Srbija	Kosovo	Vojvod.
13	PRAVO PRIZNATO PO OSNOVU PENZIJSKOG I INVALIDSKOG OSIGURANJA	NE	Penzija	Inval.	Naknade					
14	OSIGURANIK SE PRVI PUT PRIJAVLJUJE ZAJEDNICI PIO SR BIH	NE	DA							
		0	ima staža	nema staža						

VK 21 2

1. lični-matični broj osiguranika  
0111111111

0000000000

0000000000

0000000000

0000000000

081289

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

00000000

MF

VK 22 2

15 PREZIME I IME (PISATI ŠTAMPANIM SLOVIMA) 14 43

16 DJEVOJAČKO PREZIME ZA UDATE 41 58

17 DATUM ROĐENJA dan mjesec godina 150245

18 POL muški ženski 1 2

VK 23 2

19 VRSTA ZAVRŠENE ŠKOLE 2319 16

20 DATUM STICANJA ŠKOLSKE SPREME dan mjesec godina 120244

21 VRIJEME PROVEDENO NA SLUŽENJU VOJNOG ROKA POSLIJE NAVRŠENE 20 GOD. ŽIVOTA godina mjeseci dana 000000

22 AKO JE SLIJEP — OD KADA dan mjesec godina 000000

23 LICE OBOLJELO OD DISTROFIJE I DRUGIH MIŠIČNIH I NEUROMIŠIČNIH OBOLIJENJA NE DA Dan mjesec godina 0 1 000000

24 OSIGURANICI S TJELESNIM OŠTEĆENJEM OD NAJMANJE 70% I CIVILNI INVALID RATA OD I-V GRUPE NE DA dan mjesec godina 0 1 000000

25 VOJNI INVALID NE Ako jeste upisati grupu 00 000000

26 DATUM NASTANKA INVALIDITETA I-VI GRUPE dan mjesec godina 000000

POTVRDA O PODNESENOJ ODJAVI NA OSIGURANJE

/	POTVRDA O PRIJEMU PRIJAVE		POTVRDA O PRIJEMU ODJAVE	
	datum	potpis	datum	potpis
Penzijsko. osig.	23.02.90	[Potpis]		
Zdravst. osig.	07.08.90	[Potpis]		
	Broj prijave: 338		Broj odjave:	



potpis podnosioca

U .....

dana ..... 19 .....



POTVRDA O PODNESENOJ PRIJAVI - ODJAVI

NAZIV OBILJEZJA		PROSTOR ZA ODGOVORE								
1	2	3								
2	NAZIV I SJEDIŠTE OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA									
3	REGISTARSKI BROJ OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA									
4	ŠIFRA DJELATNOSTI ORGANIZACIJE									
5	RADNO VRIJEME	organizacije-radne jedinice						Časova sedmično		
		radnika						Časova dnevno		
6	OSNOV OSIGURANJA									
7	ZANIMANJE									
8	Kategorija radnog mjesta - Stručna sprema koja se traži na radnom mjestu	Visoka	Viša	Srednja	Niža	Visoko-kvalif.	Kvalif.	Polu-kvalif.	Nekvalif	Nepoz.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
9	DATUM STUPANJA RADNIKA NA RAD — U OSIGURANJE	dan		mjesec		godina				
10	DATUM PRESTANKA RADA-OSIGURANJA	dan		mjesec		godina				
11	U KOLIKO ORGANIZACIJA JE ZAPOSLEN					1	2	3	4	5
12	ZAPOSLENJE U PREDHODNOJ ORGANIZACIJI	NE	DA							
		0	BiH	C. Gora	Hrvat.	Maked.	Sloven.	Srbija	Kosovo	Vojvod.
			1	2	3	4	5	6	7	8
13	PRAVO PRIZNATO PO OSNOVU PENZIJSKOG I INVALIDSKOG OSIGURANJA	NE	Penzija	Inval.	Naknade					
		0	1	2	3					
14	OSIGURANIK SE PRVI PUT PRIJAVLJUJE ZAJEDNICI PIO SR BIH	NE	DA							
		0	ima staža				nema staža			
		0	1	2						

1. lični-matični broj osiguranika

O											
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MF

--

61

15	PREZIME I IME (PISATI ŠTAMPANIM SLOVIMA)									
16	DJEVOJAČKO PREZIME ZA UDATE									
17	DATUM RODENJA	dan		mjesec		godina				
18	POL	muški			ženski					
		1			2					

19	VRSTA ZAVRŠENE ŠKOLE								
20	DATUM STICANJA ŠKOLSKE SPREME	dan		mjesec		godina			
21	VRIJEME PROVEDENO NA SLUŽENJU VOJNOG ROKA POSLIJE NAVRŠENE 20 GOD. ŽIVOTA	godina		mjeseci		dana			
22	AKO JE SLIJEP — OD KADA	dan		mjesec		godina			
23	LICE OBOLJELO OD DISTROFIJE I DRUGIH MIŠIČNIH I NEUROMIŠIČNIH OBOLJENJA	NE	DA	Dan	mjesec	godina			
		0	1						
24	OSIGURANICI S TJELESNIM OŠTEĆENJEM OD NAJMANJE 70% I CIVILNI INVALID RATA OD I-V GRUPE	NE	DA	dan	mjesec	godina			
		0	1						
25	VOJNI INVALID	NE	Ako jeste upisati grupu						
		00							
26	DATUM NASTANKA INVALIDITETA I—VI GRUPE	dan		mjesec		godina			

POTVRDA O PODNESENOJ PRIJAVI — ODJAVI NA OSIGURANJE

	POTVRDA O PRIJEMU PRIJAVE		POTVRDA O PRIJEMU ODJAVE	
	datum	potpis	datum	potpis
Penzijsko. osig.				
Zdravst. osig.				
Broj prijave:		Broj odjave:		



M. P. \_\_\_\_\_ potpis podnosioca

U \_\_\_\_\_

dana ..... 19 .....

SOUR \*SVJETLOST\* SARAJEVO  
 GRAFIČKA RADNA ORGANIZACIJA  
 Oznaka za narudžbu: 3/1 Izdanje: 94/90

