

PRIJAVA - ODJAVA ZAVAROVANJA

za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni

_____ naziv zavezanca

_____ registrska številka zavezanca

_____ sedež zavezanca

_____ šifra dejavnosti

Razlog za zavarovanje ____ tč. ____ člen ZZZZ

Podlaga zavarovanja 0 5 0

P	O	Enotna matična številka občana	Priimek in ime		dat. pričetka
			Ulica in h. št.	št. pošte	dat. preneh.
1	2	3	4	5	
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
					_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Kraj _____ dne _____

Izpolni ZZSZ	Datum prejema
	Prejel

žig

Vložnik