

Образац М-3А

ПОТВРДА О ПОДНЕТОЈ ПРИЈАВИ - ОДЈАВИ ОСИГУРАЊА

Број МФ ролне и позиције										
Ред. број	Назив обележја	Простор за одговоре								
1.	Јединствени матични број грађана, односно лични број осигураника	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _								
2.	Порески идентификациони број осигураника	_ _ _ _ _ _ _ _ _								
3.	Назив (презиме и име) и седиште обвезника плаћања доприноса									
4.	Регистарски број обвезника плаћања доприноса	_ _ _ _ _ _ _ _ _								
5.	Порески идентификациони број обвезника плаћања доприноса	_ _ _ _ _ _ _ _ _								
6.	Презиме и име осигураника									
7.	Пол	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Мушки 1</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Женски 2</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"> _ </td> </tr> </table>	Мушки 1	Женски 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_		
Мушки 1	Женски 2									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_								
8.	Датум рођења	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Дан</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Месец</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Година</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> </table>	Дан	Месец	Година					_ _ _ _ _ _ _ _ _
Дан	Месец	Година								
			_ _ _ _ _ _ _ _ _							
9.	Занимање	_ _ _ _ _ _ _ _								
10.	Школска спрема	_ _ _								
11.	Основ осигурања	_ _								
12.	Датум стицања својства осигураника	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Дан</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Месец</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Година</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> </table>	Дан	Месец	Година					_ _ _ _ _ _ _ _ _
Дан	Месец	Година								
			_ _ _ _ _ _ _ _ _							
13.	Датум престанка својства осигураника	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;">Дан</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Месец</td> <td style="width: 25%; text-align: center;">Година</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> </table>	Дан	Месец	Година					_ _ _ _ _ _ _ _ _
Дан	Месец	Година								
			_ _ _ _ _ _ _ _ _							
14.	Основ престанка осигурања	_ _								
15.	Посебни подаци о осигуранику	_ _								
16.	Корисник права из пензијског и инвалидског осигурања	_ _								

У _____, дана _____ год.

Број и датум пријаве:
Примио:
Унео:

ПОДНОСИЛАЦ ПРИЈАВЕ

(М.П.)

_____ (потпис овлашћеног лица)