NN 129/2017 (22.12.2017.), Pravilnik o izmjenama Pravilnika o načinu prijavljivanja i odjavljivanja te stjecanju statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

2965

Na osnovi članka 7. stavka 7. i članka 122. stavka 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine«, broj 80/13. i 137/13.) te članka 26. točke 2. i 3. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (»Narodne novine«, broj 18/09., 33/10., 8/11., 18/13., 1/14. i 83/15.), Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 17. sjednici održanoj 20. prosinca 2017. godine donijelo je

PRAVILNIK

O IZMJENAMA PRAVILNIKA O NAČINU PRIJAVLJIVANJA I ODJAVLJIVANJA TE STJECANJU STATUSA OSIGURANE OSOBE U OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Članak 1.

U Pravilniku o načinu prijavljivanja i odjavljivanja te stjecanju statusa osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine«, broj 82/14., 17/15. i 99/17.) tiskanice iz članka 14. stavka 2. mijenjaju se, tiskane su uz ovaj Pravilnik i čine njegov sastavni dio.

Članak 2.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu dan nakon objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 025-04/17-01/247
Urbroj: 338-01-01-17-01
Zagreb, 20. prosinca 2017.

Predsjednik
Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda
za zdravstveno osiguranje
prof. dr. sc. Drago Prgomet, dr. med. spec., v. r.

TISKANICA -1

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

PRIJAVA ☐ **ODJAVA** ☐ **PROMJENA** ☐

ZA OSIGURANIKA

HRVATSKOM ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured _____

Područna služba _____ naziv _____ šifra

1. PODACI O OBVEZNIKU PODNOŠENJA PRIJAVE / UPLATE DOPRINOSA - PRAVNOJ OSOBI

Broj obveze | Šifra poslovnog subjekta Zavoda | Tip P O | Porezni broj

OIB | Registarski broj HZMO-a

Naziv | Skraćeni naziv

Podaci DZS | Matični broj DZS | Brojčana oznaka djelatnosti prema NKD | Brojčana oznaka pravno ustrojbenog oblika

Adresa sjedišta:
Poštanski broj, naziv pošte
Ulica i broj
Naselje
Telefon:
Telefaks:
E-mail:

2. PODACI O OBVEZNIKU PODNOŠENJA PRIJAVE / UPLATE DOPRINOSA - FIZIČKOJ OSOBI

OIB | MB osigurane osobe u Zavodu

Prezime | Ime

Adresa P - prebivalište / SB - stalni boravak
Poštanski broj, naziv pošte
Ulica i broj
Naselje

Adresa B - boravište / PB - privremeni boravak od _____ do _____
Poštanski broj, naziv pošte
Ulica i broj
Naselje

Telefon: | Telefaks: | E-mail:

3. PODACI O POČETKU / PRESTANKU POSLOVANJA OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA

Datum početka poslovanja | Datum prestanka poslovanja

4. PODACI O OSIGURANIKU

MB osigurane osobe u Zavodu | OIB | Datum rođenja | *Spol M Ž

Prezime | Ime
Ime roditelja

Adresa: P - prebivalište
Poštanski broj, naziv pošte
Ulica i broj
Naselje

Adresa: B - boravište od _____ do _____
Poštanski broj, naziv pošte
Ulica i broj
Naselje

HZZO - Direkcija, Zagreb
TISKANICA-1, 04.12.2017

* - odgovarajuće označiti znakom X