ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

Obr. M1-2/B

PRIJAVA - ODJAVA ZAVAROVANJA

za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni

Ime in sedež zavezanca za prispevek

Registrska številka zavezanca _____

Šifra dejavnosti: _____

Podlaga za zavarovanje: _____ **Šifra:** _____

P	O	Enotna matična številka občana	Priimek in ime / Ulica in hišna številka / št. pošte	Dat. pričetka / Dat. preneh.
1	2	3	4	5