

POOBLASTILO

Pooblaščam Agencijo za zavarovalni nadzor, da v mojem imenu pridobi potrdilo iz kazenske evidence fizičnih oseb. Moji podatki so naslednji:

IME IN PRIIMEK: _____

EMŠO (obvezen podatek): _____

DATUM ROJSTVA: _____

KRAJ ROJSTVA: _____

OBČINA ROJSTVA: _____

DRŽAVA ROJSTVA: _____

NASLOV STALNEGA/ZAČASNEGA PREBIVALIŠČA:

(ulica in hišna številka) _____

(poštna številka in pošta) _____

DRŽAVLJANSTVO: _____

MOJ PREJŠNJI PRIIMEK SE JE GLASIL: _____

POTRDILO POTREBUJEM KOT PRILOGO K PROŠNJI ZA IZDAJO DOVOLJENJA ZA OPRAVLJANJE NALOG POOBLAŠČENEGA AKTUARJA NA PODLAGI 73. ČLENA ZAKONA O ZAVAROVALNIŠTVU.

KRAJ IN DATUM:

LASTNOROČNI PODPIS PROSILCA
