

Priloga 1: Zahtevek za refundacijo – dejanski obračun

Delodajalec (naziv, naslov)

ZAhtevek ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE ZA REFUNDACIJO
BRUTO NADOMESTIL PLAČ IN PRISPEVKOV OD RAZLIKE DO MINIMALNE PLAČE - DEJANSKI OBRACUN

za mesec

leta

MŠPRS
davčna številka

skupno število delov dni v mesecu
dejanska mesečna obveznost

Zap. št.	ZZZS št. ali davčna št.	Primek in ime zavarovane osebe invalidsko podjetje/invalid nad kvoto	Zadrž v breme ZZZS od do	Šifra razl. zadr.	št. dej. ur	I. bruto	% opr. prisp. PIZ	% prisp. delodaj. za ZAP.	prisp. delodajalca	II. bruto	prisp. od razlike do minim. osnove	skupaj za zavarovano osebo
1								0,06				
2								0,06				
3								0,06				
4								0,06				
5								0,06				
6								0,06				
7								0,06				
8								0,06				
						SKUPAJ						

Z žigom in podpisom odgovorne osebe potrjujemo, da smo delavcem v seznamu izplačali prikazana nadomestila in poravnali vse zakonske obveznosti.

Datum izplačila delavcem:

e-naslov za posredovanje obvestil
telefonska št. kontaktne osebe

TRANSAKCIJSKI RAČUN:

Datum:

Žig

Število prilog:

Podpis odgovorne osebe