

Priloga 2

Zahtevek za refundacijo – fiksni obračun

Delodajalec (naziv, naslov)

[Redacted area]

ZAHTEVEK ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE ZA REFUNDACIJO BRUTO NADOMESTIL PLAČ IN PRISPEVKOV OD RAZLIKE DO MINIMALNE PLAČE - FIKSNI OBRAČUN

za mesec [Redacted] leta [Redacted]

MŠPRIS [Redacted]
davčna številka [Redacted]

skupno število delovnih dni v mesecu [Redacted]
dejanska mesečna obveznost [Redacted] ur
povprečna mesečna obveznost [Redacted] ur

Zap. št.	ZZZS št. ali davčna št.	Prilimek in ime zavarovane osebe invalidsko podjetje ali invalid nad kvoto	Izpostavitelj loprostitelj vseh prispevkov	Začetna v. breme ZZS od do	Šifra razl. zaodr.	št. norm. ur	I. bruto delodaj. prisp. PIZ za ZAP.	% opr. delodaj. prisp. PIZ za ZAP.	% prisp. delodaj. za ZAP.	prisp. delodajalca	II. bruto delodaj. prisp. PIZ za ZAP.	prisp. delodajalca	prisp. od razlike do minim. osnove	skupaj za zavarovano osebo
1		▶			16									
2		▶												
3		▶												
4		▶												
5		▶												
6		▶												
7		▶												
8		▶												
SKUPAJ														

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

Datum izplačila delavcem:

[Redacted]

e-naslov za posredovanje obvestil:
telefonska št. kontaktne osebe:

[Redacted]

TRANSAKCIJSKI RAČUN:

[Redacted]

Datum:

[Redacted]

Žig

Podpis odgovorne osebe

Število prilog:

[Redacted]