

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 OBRAČUN

za mesec

leta

MŠPRS
 davčna številka

skupno število delov.dni v mesecu
 dejanska mesečna obveznost

ur

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

Z žigom in podpisom odgovorne osebe potrjujemo, da smo delavecem na 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

Podpis odgovorne osebe

Številko priloge: