ZAHTJEV ZA REFUNDACIJU NAKNADE PLATE

Naziv poslodavca:	
Adresa poslodavca:	
Kontakt telefon:	
E-mail adresa:	
Žiro-račun:	

SPISAK

isplaćenih naknada plata za vrijeme privremene spriječenosti za rad na teret sredstava Zavoda zdravstvenog osiguranja Zeničko-dobojskog kantona

POSLOVNICA _____

1	2	3	4	5		6
Redni broj	Prezime i ime osiguranika	Prvi dan nesposobnosti za rad	Osnovica za obračun naknade plate	Period		Iznos naknade za refundiranje
				od	do	
					UKUPNO:	0,00

Obračun izvršio: Potpis ovlaštenog lica:

M.P.

....