ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
_____ kzzo.ze@zzozedo.ba_____

Naziv obveznika doprinosa

Obrazac ZR - LD

Registarski broj	

Matični broj										

POTVRDA

O OSTVARENOM LIČNOM DOHOTKU ZA VRIJEME OD _____do_____

Radnik _____ iz _____

rođen _____ godine nalazi se u radnom odnosu od _____199__ ima _____

članova porodice koji po njegovom osnovu koriste zdravstvenu zaštitu.

U označenom vremenu ostvario je lični dohodak.

Mjeseci	Časovi	Lični dohodak	Mjeseci	Časovi	Lični dohodak
			UKUPNO		

M.P.

Potpis ovlašćenog lica

U _____ dana _____199___ .....