PRIJAVA – ODJAVA ZAVAROVANJA
za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni

naziv zavezanca

sedež zavezanca

registrska številka zavezanca

šifra dejavnosti

Razlog za zavarovanje ___ tč. ___ člen ZZVZZ

Podlaga zavarovanja 5 0

P	O	Enotna matična številka občana	Priimek in ime / Ulica in h. št. / št. pošte	dat. pričetka / dat. preneh.
1	2	3	4	5

Kraj _____ dne _____

Izpolni ZZZS	
	Datum prejema
	Prejel

žig

Vložnik