

Priloga 1: Zahtevek za refundacijo – dejanski obračun

Delodajalec (naziv, naslov) _____ leta _____
 _____ ur

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

za mesec _____

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 / invalid nad kvoto	Zadrž. v breme ZZZS		Šifra razl. zadr.	št. del. 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								0,06					
2								0,06					
3								0,06					
4								0,06					
5								0,06					
6								0,06					
7								0,06					
8								0,06					
SKUPAJ													

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

TRANSAKCIJSKI RAČUN: Datum izplačila delavcem: _____ e-naslov za posredovanje obvestil: _____
 _____ telefonska št. kontaktne osebe _____

Datum: _____

Žig

Podpis odgovorne osebe

Število prilog: _____