

Priloga 1

Zahtevek za refundacijo – dejanski obračun

Delodajalec (naziv, naslov)

ZAHITEVEK 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

Zap. št.	ZZZS št. ali davčna št.	Priimek in ime zavarovane osebe		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	
		invalidsko podjetje/invalid nad kvoto	oprostitev vseh prisp. delodaj.	od	do										
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
SKUPAJ															

Z žigom in podpisom odgovorne osebe potrjujemo, da smo delavcem na seznamu izplačali prikazana nadomestila in poravnali vse zakonske obveznosti.

Datum izplačila delavcem:

e-naslov za posredovanje obvestil:

TRANSAKCIJSKI RAČUN:

telefonska št. kontaktne osebe

Datum:

Žig

Podpis odgovorne osebe

Število prilog: