

Priloga 2: Zahtevek za refundacijo – fiksni obračun

Delodajalec (naziv, naslov) ZAHAITEVEK ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE ZA REFUNDACIJO
BRUTO NADOMESTIL PLAC IN PRISPEVKOV OD RAZLIKE DO MINIMALNE PLAČE - FIKSNI OBRACUN

za mesec leta

skupno število delovnih dni v mesecu
dejanska mesečna obveznost ur
povprečna mesečna obveznost ur

MSPRS
davčna številka

Zap. št.	ZZS št. ali davčna št.	Primek in ime zavarovane osebe invalidsko podjetje ali invalid nad kvoto	Zadržana v breme ZZS od do	Šifra razl. zadr.	št. norm. ur	I. bruto delod. prisp.PIZ	% opr. delod. prisp.za ZAP.	% prisp. delodaj. za ZAP.	prispevki delodajalca	II. bruto	prispevki od razlike do minim. osnove	skupaj za zavarovano osebo
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
SKUPAJ												

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

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

TRANSAKCIJSKI RAČUN:

Datum:

Žig

Število prilog:

Podpis odgovorne osebe