

Priloga 2

Zahtevak za refundacijo – fiksni obračun

Delodajalec (naziv, naslov)

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

za mesec [ ] leta [ ]

MŠPRS [ ]  
davčna številka [ ]

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

Zap. št.	ZZZS št. ali davčna št.	Priimek in ime zavarovane osebe		Zadržan-a v breme ZZZS		Šifra razl. zadr.	št. norm. ur	I. bruto	% opr. delod. prisp.PIZ	% prisp. delodaj. za ZAP.	prispevki delodajalca	II. bruto	prispevki od razlike do minim. osnove	skupaj za zavarovano osebo
		invalidsko podjetje ali invalid nad kvoto	oprostitev vseh prisp.delodaj.	od	do									
1		✓	✓			16								
2		✓	✓											
3		✓	✓											
4		✓	✓											
5		✓	✓											
6		✓	✓											
7		✓	✓											
8		✓	✓											
SKUPAJ														

Z žigom in podpisom odgovorne osebe potrjujemo, da smo delavcem 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

Podpis odgovorne osebe

Število prilog: [ ]