Обвезник уплате доприноса (послодавац): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса обвезника уплате доприноса (послодавца): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЈИБ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контакт телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 И З Ј А В А

Да је запосленик, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, запослен код обвезника уплате доприноса

за здравствено осигурање\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, од дана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_године, на

радном мјесту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **за чије послове је прописана/потребна**

**стручна спрема** **(обавезно заокружити)**:

1. НК
2. КВ ССС (III степен)
3. ССС (IV степен) или
4. ВШС/ВСС

Изјава се даје под пуном материјалном и кривичном одговорности и доставља се приликом подношења захтјева за рефундацију исплаћених накнада плата за вријеме привремене спријечености за рад осигураника Фонда који су пријављени на пензијско-инвалидско осигурање у ентитету Република Српска и служи у сврху утврђивања најниже плате према стручној спреми коју захтјева радно мјесто на којем је осигурано лице запослено. Изјава се односи на цјелокупан период континуираног трајања привремене спријеченосзи за рад за који се подноси захтјев/и за рефундацију исплаћених накнада плата у току привремене спријечености за рад за запосленика код послодавца, односно осигураника Фонда здравственог осигурања Брчко дистрикта БиХ.

Датум\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 За послодавца -одговорно лице

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Потпис и печат