Obveznik uplate doprinosa (poslodavac): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresa obveznika uplate doprinosa (poslodavca): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 I Z J A V A

Da je zaposlenik, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, zaposlen kod obveznika uplate doprinosa

za zdravstveno osiguranje\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, od dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_godine, na

radnom mjestu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **za čije poslove je propisana/potrebna**

**stručna sprema** **(obavezno zaokružiti)**:

1. NK
2. KV SSS (III stepen)
3. SSS (IV stepen) ili
4. VŠS/VSS

Izjava se daje pod punom materijalnom i krivičnom odgovornosti i dostavlja se prilikom podnošenja zahtjeva za refundaciju isplaćenih naknada plata za vrijeme privremene spriječenosti za rad osiguranika Fonda koji su prijavljeni na penzijsko-invalidsko osiguranje u entitetu Republika Srpska i služi u svrhu utvrđivanja najniže plate prema stručnoj spremi koju zahtjeva radno mjesto na kojem je osigurano lice zaposleno. Izjava se odnosi na cjelokupan period kontinuiranog trajanja privremene spriječenoszi za rad za koji se podnosi zahtjev/i za refundaciju isplaćenih naknada plata u toku privremene spriječenosti za rad za zaposlenika kod poslodavca, odnosno osiguranika Fonda zdravstvenog osiguranja Brčko distrikta BiH.

Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Za poslodavca -odgovorno lice

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

 Potpis i pečat