

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ
ПОКРАЈИНСКИ ФОНД ЗА
ПЕНЗИЈСКО И ИНВАЛИДСКО
ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА _____

Број досијеа _____
(попуњава овлашћени радник Фонда)

ЗАХТЕВ ЗА ПРЕСТАНАК СВОЈСТВА ОСИГУРАНИКА ПО ЧЛАНУ 15. ЗАКОНА О ПЕНЗИЈСКОМ И ИНВАЛИДСКОМ ОСИГУРАЊУ

Подносим захтев да ми престане својство осигураника по члану 15. Закона о пензијском и инвалидском осигурању

I ПОДАЦИ О ПОДНОСИОЦУ ЗАХТЕВА	
Податке у захтеву уписати штампаним словима	
1. ПРЕЗИМЕ, ИМЕ, ДЕВОЈАЧКО ПРЕЗИМЕ И ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА	
2. а. ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА (ИЗ ЛИЧНЕ КАРТЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)	
б. ЛИЧНИ БРОЈ ОСИГУРАНИКА (ИЗ РАДНЕ КЊИЖИЦЕ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА)	
3. а. МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА И ОПШТИНА	_____ (УЛИЦА И БРОЈ) _____ (МЕСТО ПРЕБИВАЛИШТА) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> _____ (ПОШТАНСКИ БРОЈ И ОПШТИНА)
б. КОНТАКТ ТЕЛЕФОН	

II ИЗЈАВА ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА	
1.	Опредељујем се да ми се својство осигураника, утврђено Решењем број _____ од _____ године, престане са _____ године
2.	Допринос за пензијско и инвалидско осигурање уплатио сам закључно са _____ године

у _____,
_____ године

ПОТПИС ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА