
(Назив послодавца)

(Регистарски број обвезника плаћања доприноса)

(Седиште и адреса послодавца)

(ПИБ)

(МБЈР)

С П И С А К

запслених и бивших запслених за које послодавац није уплатио допринос за пензијско и инвалидско осигурање

Р. Б.	ИМЕ И ПРЕЗИМЕ	ЈМБГ	П Е Р И О Д					СТЕПЕН УВЕЋАЊА	МЕСТО РАДА
			од	до	Т Р А Ј А Њ Е				
					Година	Месеци	Дани		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

НАПОМЕНА: Периоди бенефицираног стажа уносе се у посебан ред

Број: _____

Датум: _____

Примио: _____

(М.П.)
(попуњава Фонд)

У _____ дана _____ 20____ године

(потпис лица овлашћеног за заступање)

(М.П.)