

(Назив послодавца)

(Регистарски број обвезника плаћања доприноса)

(Седиште и адреса послодавца)

(ПИБ)

(МБЈР)

СПИСАК
запослених и бивших запослених за које послодавац није уплатио допринос за пензијско и инвалидско осигурање

| Р. Б. | ИМЕ И ПРЕЗИМЕ | ЈМБГ | ПЕРИОД | | | | | СТЕПЕН УВЕЋАЊА | МЕСТО РАДА |
|----------|---------------|------|--------|----|---------|--------|------|-------------------|------------|
| | | | од | до | ТРАЈАЊЕ | | | | |
| | | | | | 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.)