HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE Obrazac eM-1P PRIJAVA O POČETKU OSIGURANJA

ID prijave: 7610567 E01007610567

Obveznik: DOM MEDIMAR PRIGORJE



		Podaci o osiguraniku/ici (HZMO)
Kategorija osiguranika	Radnik/ica kod pravne osobe	1
Radni nalog / ustrojstvena jedinica	01 / Zagreb	3251
1. Osobni broj osiguranika/ice		03579430267
1.a. OIB osiguranika/ice		50774665835
2. Datum rođenja i spol	07.04.1994., M	1

	Podaci o obvezniku
3. Registarski broj obveznika doprinosa	3076168125
OIB obveznika	87404223650
4. Grad/općina mjesta rada - prebivališta	GRAD ZAGREB 133
5. Matični broj poslovnog subjekta	045986100000
Naziv i sjedište obveznika doprinosa	DOM MEDIMAR PRIGORJE, GRAD ZAGREB

		Podaci o osiguranik	u/ici
6. Prezime i ime osiguranika	HORKAŠ SLAVEN		
7. Osnova osiguranja	Radni odnos osobe mlađe odoprinosima	od 30 godina prema Zakonu o	61
8. Datum stjecanja svojstva osiguranika/ice			02.01.2024.
9. Dnevno radno vrijeme osiguranika/ice	8h		80
10. Zanimanje	Fizioterapeut/fizioterapeutk	inja	2264001
Pobliže određenje zanimanja	FIZIOTERAPEUT		
11. Stvarna stručna sprema/vrsta i razina obrazovanja	SSS		03
12. Potrebna stručna sprema/vrsta i razina obrazovanja	SSS		03
13. Korisnik/ca mirovine u osiguranju	NE		-
14. Status osobe s invaliditetom	NE		-
15. Vrsta osnovice	-		
16. Radno mjesto, zanimanje osiguranici osobe s invaliditetom kojima se staž osiguranja računa s povećanim trajanjem / Naziv radnog mjesta, zanimanja i i osiguranici osobe s invaliditetom	NE / -		0
17. Ugovor o radu sklopljen na	Neodređeno vrijeme s puni	m radnim vremenom	31

18. Mjesto i datum: GRAD ZAGREB, 10.01.2024. 19. Datum i vrijeme obrade: 10.01.2024. @ 14:39:52