

Послодавац:
 Назив _____
 Седиште и адреса _____
 ПИБ _____
 Матични број _____
 Шифра делатности _____

**РЕПУБЛИКА СРБИЈА
 НАЦИОНАЛНА СЛУЖБА ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ**

Филијала _____
 Потврда о пријему: _____

**ИЗВЕШТАЈ
 О ОБРАЧУНАТИМ И ПЛАЋЕНИМ ДОПРИНОСИМА НА ТЕРЕТ ПОСЛОДАВЦА ЗА ЛИЦА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ
 за месец _____ (коначна исплата/део* _____) 200__ . године**

Исплата извршена: _____ 200__ . године Новчани износи уносе се у динарима, без пара.

Ред. бр.	Име и презиме	ЈМБГ	Основица за обрачун доприноса	Обрачунати доприноси на терет послодавца			Ослобођење послодавца (износ доприноса који плаћа Национална служба)			Укупан износ доприноса који је уплатила Национална служба
				ПИО	здрав.	незап.	ПИО	здрав.	незап.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
УКУПНО:										

^{*)} Ако се зарада исплаћује у деловима, уноси се број исплате дела зараде која се исплаћује за месец; ако је део зараде који се исплаћује и коначан обрачун за месец треба подвући и речи коначан обрачун.

У _____ дана _____ 200__ . год.
 Да су исказани подаци у овом обрасцу тачни, тврди и оверава:
ОБРАЗАЦ ПОПУНИО _____ **ОДГОВОРНО ЛИЦЕ ПОСЛОДАВЦА**
 (м.п.) _____

Национална служба:
ОБРАЗАЦ КОНТРОЛИСАО _____ **Уплата извршена дана**
 (м.п.) _____ 200__ . год.

_____ **ОДГОВОРНО ЛИЦЕ**