

Priloga 1: Zahtevek za refundacijo – dejanski obračun

Delodajalec (naziv, naslov)

**ZAHTEVEK ZAVODU ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE ZA REFUNDACIJO
BRUTO NADOMESTIL PLAČ IN PRISPEVKOV OD RAZLIKE DO MINIMALNE PLAČE - DEJANSKI OBRAČUN**

za mesec

leta

MŠPRS
davčna številka

skupno število delov dni v mesecu
dejanska mesečna obveznost ur

Zap. št.	ZZZS št. ali davčna št.	Priimek in ime zavarovane osebe		Zadrž. v breme ZZZS		Šifra razl. zadr.	št. dej. ur	I. bruto	% opr. prisp. PIZ	% prisp. delodaj. za ZAP.	prispevki delodajalca	II. bruto	prispevki od razlike do minim. osnove	skupaj za zavarovano osebo
		invalidsko podjetje/invalid nad kvoto	oprostitvev vseh prisp. delodaj.	od	do									
1										0,06				
2										0,06				
3										0,06				
4										0,06				
5										0,06				
6										0,06				
7										0,06				
8										0,06				
SKUPAJ														

Z žigom in podpisom odgovorne osebe potrjujemo, da smo delavcem v seznamu izplačali prikazana nadomestila in poravnali vse zakonske obveznosti.

Datum izplačila delavcem:

e-naslov za posredovanje obvestil:

TRANSAKCIJSKI RAČUN:

telefonska št. kontaktne osebe

Datum:

Žig

Podpis odgovorne osebe

Število prilog: