

Priloga 2: Zahtevek za refundacijo – fiksni obračun

Delodajalec (naziv, naslov)

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

za mesec

leta

MŠPRS
davčna številka

skupno število delovnih dni v mesecu
dejanska mesečna obveznost ur
povprečna mesečna obveznost ur

Zap. št.	ZZZS št. ali davčna št.	Priimek in ime zavarovane osebe		Zadržan-a v breme ZZZS		Šifra razl. zadr.	št. norm. ur	I. bruto	% opr. delod. prisp.PIZ	% prisp. delodaj. za ZAP.	prispevki delodajalca	II. bruto	prispevki od razlike do minim. osnove	skupaj za zavarovano osebo
		invalidsko podjetje ali invalid nad kvoto	oprostitev 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:

telefonska št. kontaktne osebe:

TRANSAKCIJSKI RAČUN:

Datum:

Žig

Podpis odgovorne osebe

Število prilog: