Образац М-10

ПРИЈАВА ПРОМЕНЕ ПОДАТАКА
ЗА УТВРЂИВАЊЕ ИЗНОСА ИСПЛАЋЕНИХ НОВЧАНИХ НАКНАДА ПО ОСНОВУ ИНВАЛИДСКОГ ОСИГУРАЊА ЗА _____ ГОДИНУ

		Број МФ ролне и позиције	
Ред. број	Назив обележја	Простор за одговоре	
1.	Јединствени матични број грађана, односно лични број осигураника	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	
2.	Назив (презиме и име) и седиште обвезника плаћања доприноса		
3.	Регистарски број обвезника плаћања доприноса	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	
4.	Фонд - организациона јединица	|_|_|_|_|_|	
5.	Презиме и име осигураника	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	
6.	Износ исплаћене накнаде	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	

У _____, дана _____ год.

Број и датум пријаве:
Примио:
Унео:

ПОДНОСИЛАЦ ПРИЈАВЕ - ФОНД

(М.П.) _____
(потпис овлашћеног лица)