Прилог 1

СПИСАК ОСИГУРАНИКА ЗА КОЈЕ НИЈЕ ПЛАЋЕН ДОПРИНОС

ПИБ/ЈМБГ _____

НАЗИВ ФИРМЕ/ПРЕЗИМЕ И ИМЕ _____

АДРЕСА _____

Матична филијала РЗЗО послодавца _____

Р. бр.	Презиме и име осигураника	ЈМБГ	Адреса пребивалишта/ боравишта	Период за који није уплаћен допринос (дан, месец, година)	Износ неплаћеног доприноса (главница + камата)	Матична филијала РЗЗО осигураника
1	2	3	4	5	6	7

У _____
_____ 20_____. године

(М.П.)

(подносилац захтева)