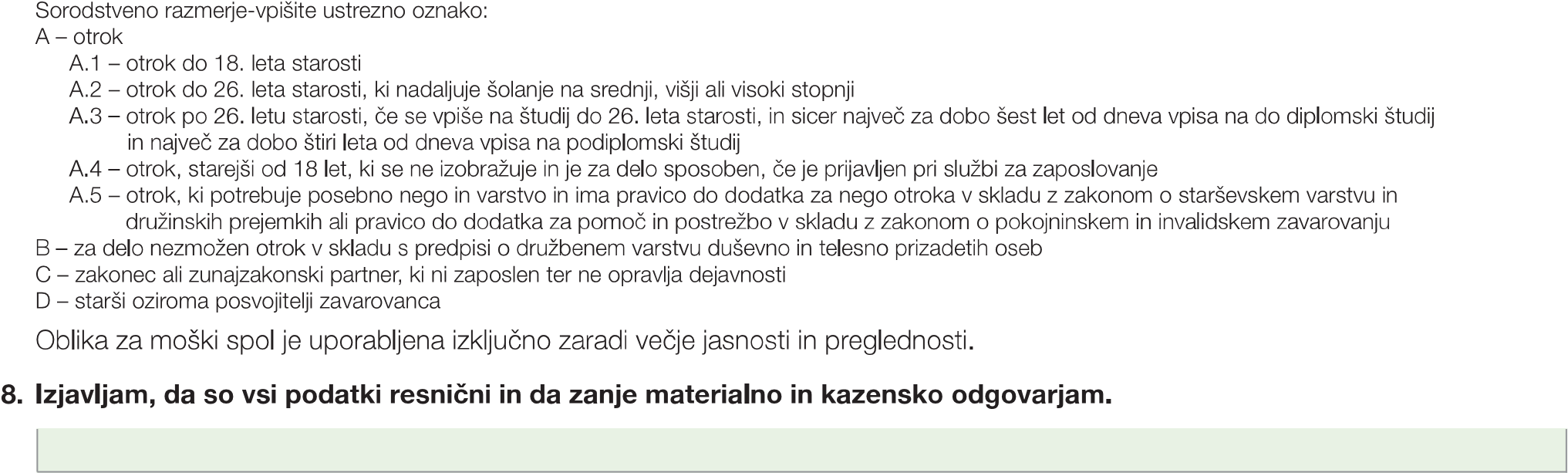


|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |







Podpisani (ime in priimek) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, EMŠO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, podajam za namene obračuna obveznega zdravstvenega prispevka pri delodajalcu/**izplačevalcu ZAVODU REPUBLIKE SLOVENIJE ZA ZAPOSLOVANJE (v nadaljevanju Zavod)** po določbi 48. člena Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, s spremembami) naslednjo

**I Z J A V O**

Za namen pravilnega obračuna obveznega zdravstvenega prispevka izjavljam, da je **Zavod prvi ali zadnji mesec,** ko bom prejemnik denarnega nadomestila in bom istočasno prejemal dohodek pri drugem delodajalcu/izplačevalcu

* **glavni delodajalec/izplačevalec,** ki izplačuje pretežni del dohodka in od izplačanega dohodka za posamezen mesec obračuna in odtegne obvezni zdravstveni prispevek
* **drugi delodajalec/izplačevalec,** ki izplačuje manjši del dohodka za posamezni mesec in nima obveznosti obračuna obveznega zdravstvenega prispevka.

Izjavljam tudi, da

* **sem upravičenec do plačila obveznega zdravstvenega prispevka iz proračuna Republike Slovenije**, ker sem vojni invalid, vojni veteran ali žrtev vojnega nasilja, zato Zavod kot glavni delodajalec/izplačevalec **NIMA** obveznosti obračuna obveznega zdravstvenega prispevka.
* **nisem upravičenec do plačila obveznega zdravstvenega prispevka iz proračuna Republike Slovenije,**  zato ga obračuna Zavod, ko je glavni delodajalec/izplačevalec.

**Zavezujem se, da bom vsako spremembo, ki vpliva na obveznosti obračuna obveznega zdravstvenega prispevka, sporočil takoj po nastanku spremembe.**

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_