

VLOGA ZA UVELJAVITEV

dnevnega nadomestila za čas zadržanosti od dela zaradi bolezni za samozaposlene v kulturi

PODATKI O VLOŽNIKU:

Ime in priimek:	
Naslov (stalno prebivališče):	
Sedež opravljanja dejavnosti:	
Naslov (za vročanje):	
Datum rojstva:	
Številka vpisa v razvid:	
Davčna številka:	
Št. transakcijskega računa:	
Banka in enota banke:	
Telefon:	
E-mail:	

VPISAN V RAZVID:

a) ZA POLNI DELOVNI ČAS	
b) ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD POLNEGA	%

PODATKI O ZADRŽANOSTI OD DELA ZARADI BOLEZNI:

OD DNE:	
DO DNE:	

DNEVNO BOLNIŠKO NADOMESTILO UVELJAVLJAM :

OD DNE:	(1. dan zadržanosti od dela)
DO DNE:	(30. delovni dan zadržanosti)
ŠTEVILO DELOVNIH DNI:	30

IZJAVA:

Podpisani izjavljam, da v tekočem letu nisem bil prejemnik dnevnega nadomestila za čas zadržanosti od dela zaradi bolezni.

Kraj in datum _____

_____ Podpis vložnika

Priloge:

- Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (obr. BOL) – kopija
- Odločba Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o začasni nezmožnosti za delo – kopija