Образац ИНСЗ–И

Послодавац:
Назив _____
Седиште и адреса _____
ПИБ _____
Матични број _____
Шифра делатности _____

РЕПУБЛИКА СРБИЈА
НАЦИОНАЛНА СЛУЖБА ЗА ЗАПОШЉАВАЊЕ

Филијала _____

Потврда о пријему: _____

ИЗВЕШТАЈ
О ОБРАЧУНАТИМ И ПЛАЋЕНИМ ДОПРИНОСИМА НА ТЕРЕТ ПОСЛОДАВЦА ЗА ЛИЦА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ
за месец _____ (коначна исплата/део* _____) 200__. године

Исплата извршена: _____ 200__. године

Новчани износи уносе се у динарима, без пара.

Ред. бр.	Име и презиме	ЈМБГ	Основица за обрачун доприноса	Обрачунати доприноси на терет послодавца			Ослобођење послодавца (износ доприноса који плаћа Национална служба)			Укупан износ доприноса који је уплатила Национална служба
				ПИО	здрав.	незап.	ПИО	здрав.	незап.	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
У К У П Н О:										

*) **Ако се зарада исплаћује у деловима, уноси се број исплате дела зараде која се исплаћује за месец; ако је део зараде који се исплаћује и коначан обрачун за месец треба подвући и речи коначан обрачун.**

У _____ дана _____ 200___. год.

Да су исказани подаци у овом обрасцу тачни, тврди и оверава:

ОБРАЗАЦ ПОПУНИО _____ (м.п.) ОДГОВОРНО ЛИЦЕ ПОСЛОДАВЦА _____

Национална служба:

ОБРАЗАЦ КОНТРОЛИСАО _____ (м.п.) Уплата извршена дана _____200___.год.

ОДГОВОРНО ЛИЦЕ

_____