POPIS RADNIKA

Ugovaratelj: (naziv i sjedište) _____

_____

Prilog uz ponudu, list broj: _____

R.BR.	IME i PREZIME RADNIKA	ADRESA (ULICA, KUĆNI BROJ, BROJ POŠTE, NASELJE)	OIB OSIGURANE OSOBE	BROJ OSIGURANE OSOBE ZAVODA ili MBO	POTPIS OSIGURANE OSOBE

Pečat i potpis ugovaratelja:

_____

Radnici koji imaju ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje, vlastoručnim potpisom na popisu radnika daju suglasnost za raskid ugovora o dopunskom zdravstvenom osiguranju, a kako bi se osigurali temeljem Ugovora o poslovnoj suradnji u dopunskom zdravstvenom osiguranju, sklopljenog između Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i gore navedenog Ugovaratelja.