

(архивски број и датум на работодавачот)

Бр. на оглас :

О В Л А С Т У В А Њ Е

Врз основа на член 13 став 3 од Законот за работните односи, работодавачот:

Назив на работодавачот			
Седиште и адреса на работодавачот			
Единствен даночен број на работодавачот			
Единствен матичен број - ЕМБС			
Овластено лице		ЕМБГ	

да го/ги пријави од задолжително социјално осигурување лицето/лицата содржано/и во списокот:

	Име и Презиме	ЕМБГ	Бр.и датум на склучување на договорот/одлука/решение	Датум на стапување на работа
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Работодавачот под полна морална, кривична и материјална одговорност изјавува дека сите податоци кои се наведени во овој образец се вистинити и точни.

_____ година

_____ (потпис и печат на работодавачот)

***НАПОМЕНА:** Доколку за лицето кое треба да се одјави нема податоци во базата на АВРМ, при поднесувањето на списокот, работодавачот е потребно да достави на увид важечка лична карта и диплома/уверение за завршено образование (во оригинал). На овој образец можат да се внесат максимум дваесет лица. За повеќе од дваесет лица се пополнува нов образец.