_____

ZAHTEVEK ZA POVRAČILO OBRAČUNANIH IZPLAČANIH NADOMESTIL DELOVNIM INVALIDOM II. KATEGORIJE INVALIDNOSTI ZARADI DELA S SKRAJŠANIM DELOVNIM ČASOM

_____
(Naziv delodajalca)

Telefonska številka delodajalca: _____

Registrska številka zavezanca za prispevek:_____

Številka zadeve	Priimek in ime	Število ur za polni delovni čas	Število ur dela	Ure bolni-škega staleža	Izostanek z dela - ure	Bruto znesek bolezni ne	Bruto plača za ure dela	Bruto znesek za ure do polnega delovnega časa		Prispevki za socialno varnost	Davek	Neto nadomestilo	Znesek olajšav
								ure	znesek				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
OBVEZNI SEŠTEVEK													

Od _____ dalje so se plače povečale za _____ odstotkov.

Izplačane zneske nadomestila nakažite na naš transakcijski račun št._____ sklic_____.

Plača in nadomestilo sta bila izplačana dne_____,_____.

_____ (Kraj in datum)

_____ (Potrdilo pripravil/a)

_____ (Podpis in žig pooblaščene osebe)