

(назив правног лица)
(адреса и сједиште)
(име и презиме власника и број телефона власника)
ЛИБ
Жиро – рачун
(контакт особа,- књиговодствени сервис, број телефона)

**ФОНД ЗА ПРОФЕСИОНАЛНУ
РЕХАБИЛИТАЦИЈУ И
ЗАПОШЉАВАЊЕ
ИНВАЛИДА П Р И Ј Е Д О Р**

ПРЕДМЕТ:Захтјев за поврат уплаћених доприноса за запосленог инвалида за

_____ квартал/**202...** број; _____, дана: _____ **202....**г.
(I, II, III, IV)

Обраћам Вам се са Захтјевом за поврат уплаћених доприноса за запосленог инвалида

_____, _____ % инвалидности.
(име и презиме запосленог/их инвалида)

Уплаћени доприноси за запосленог инвалида износе:

-мјесец: _____, у износу _____ КМ
-мјесец: _____, у износу _____ КМ
-мјесец: _____, у износу _____ КМ

Укупно _____ КМ

Уплату поврата доприноса можете извршити на жиро-рачун број:

_____.

С поштовањем!

У _____, дана _____.

М.П.

Овлаштено лице
