

Организациона јединица _____

ОБАВЕШТЕЊЕ
О ОСТВАРИВАЊУ/ГУБИТКУ ПРАВА НА ПОРЕСКУ ОЛАКШИЦУ ПО ОСНОВУ ЗАПОШЉАВАЊА
ЛИЦА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

Ред. бр.	Опис	Подаци
1	2	3
I	ПОДАЦИ О ПОСЛОДАВЦУ	
1.	Порески идентификациони број (ПИБ)	
2.	Фирма (пун назив и ознака)	
3.	Седиште и адреса	
4.	Матични број	
5.	Датум почетка обављања делатности (упис у регистар)	
6.	Број новозапослених лица за која већ користи ову пореску олакшицу	
II	ПОДАЦИ О НОВОЗАПОСЛЕНОМ ЛИЦУ СА ИНВАЛИДИТЕТОМ ЗА КОЈЕ ПОСЛОДАВАЦ СТИЧЕ ПОРЕСКУ ОЛАКШИЦУ	
7.	Име и презиме	
8.	Адреса становања (место, улица и број)	
9.	ЈМБГ	
10.	Датум закључења уговора о раду	
11.	Датум пријаве на обавезно социјално осигурање	
12.	Датум заснивања радног односа (ступање на рад)	
13.	Датум престанка радног односа	
III	ГУБИТАК, ОДНОСНО ПРЕСТАНАК ПРАВА НА ПОРЕСКУ ОЛАКШИЦУ	
14.	Датум настанка разлога за губитак, односно престанак пореске олакшице	
15.	Разлог губитка, односно престанка пореске олакшице	

HSFormular © 2002-2006 Handy soft

_____ (место)

_____ (датум)

Под кривичном и материјалном одговорношћу изјављујем да су подаци у обавештењу потпуно тачни:

М.П.

_____ (потпис одговорног лица)