**IZJAVA O PODMIRENIM OBAVEZAMA**

Kojom ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ odgovorna osoba/osoba

*(ime i prezime)*

ovlaštena za zastupanje,

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*(adresa odgovorne osobe/osobe ovlaštene za zastupanje)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*(OIB odgovorne osobe/osobe ovlaštene za zastupanje)*

pod kaznenom i materijalnom odgovornošću izjavljujem da imam podmirene obveze povezane s plaćanjem dospjelih obveza za sve zaposlenike za mirovinsko i zdravstveno osiguranje u skladu sa zakonskim odredbama u Republici Hrvatskoj te da imam podmirene obaveze prema svojim zaposlenicima po bilo kojoj osnovi.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025. godine.

**Potpis odgovorne osobe/osobe ovlaštene za zastupanje**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_