|  |
| --- |
| **Priloga 17**  |

**IZJAVA O VKLJUČITVI V POKOJNINSKO, INVALIDSKO IN ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE IZ NASLOVA OPRAVLJANJA KMETIJSKE DEJAVNOSTI**

Član partnerstva, ki je kmetijsko gospodarstvo, organizirano kot kmetija: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (polno ime)

KMG – MID številka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov, sedež: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

izjavljam, da je bil član te kmetije \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, z EMŠO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(ime in priimek),

vključen v pokojninsko, invalidsko in zdravstveno zavarovanje iz naslova opravljanja kmetijske dejavnosti v obdobju od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (DD.MM.LLLL DD.MM.LLL)

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis odgovorne osebe oziroma

 pooblaščene osebe za zastopanje:

 Žig

To izjavo izpolni nosilec kmetije.