

Zahtjev za izmjenu podataka

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
IME I PREZIME	DATUM ROĐENJA	SPOL
<input type="text"/>		
OIB		

1. Ispravak osobnih podataka (molimo Vas unesite nove podatke)

<input type="text"/>	
IME I PREZIME	
<input type="text"/>	
ADRESA PREBIVALIŠTA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
POŠTANSKI BROJ	MJESTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFON	MOBILNI TELEFON
<input type="text"/>	<input type="text"/>
OMF kontakt podaci	DMF kontakt podaci
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL ADRESA	E-MAIL ADRESA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
KONTAKT ADRESA UKOLIKO JE RAZLIČITA DO ADRESE PREBIVALIŠTA	KONTAKT ADRESA UKOLIKO JE RAZLIČITA DO ADRESE PREBIVALIŠTA

2. Promjena načina izvješćivanja (označite kvadratić ispred željenog načina izvješćivanja te navedite Vaše podatke)

OMF izvješćivanje	DMF izvješćivanje
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-MAIL	E-MAIL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SMS	SMS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NE ŽELIM PRIMATI IZVJEŠĆE	NE ŽELIM PRIMATI IZVJEŠĆE

3. Izdavanje novog korisničkog broja i/ili PIN-a (označite kvadratić ispred željene opcije)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IZDAVANJE NOVOG PIN-A	IZDAVANJE NOVOG KORISNIČKOG BROJA I PINA-A (NOVA KARTICA)

Molimo Vas da kao dodatak ovom zahtjevu obavezno priložite presliku (kopiju) Vaše osobne iskaznice.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MJESTO	DATUM	POTPIS PODNOSITELJA ZAHTJEVA / ZAKONSKOG ZASTUPNIKA

Zahtjev možete dostaviti poštom (jedan primjerak) na AZ mirovinski fondovi, p.p. 5, 10002 Zagreb, telefaksom na broj 01/4699-603 ili e-mailom na mojfond@azfond.hr. Za sve informacije možete se obratiti na broj telefona 0800 0099.