



1885e63a5

KLASA: UP/I 140-10/26-19/0367881257
9 URBROJ: 341-25-06/2-26-117486
OIB: 36366731078
Broj spisa: 1375060
Datum: 07.04.2026.

LENKERT GLOBAL LOGISTIC
J.D.O.O.
PODGORAČKA ULICA 3
10040 ZAGREB
HRVATSKA



25202534592

Poštovani,

u vezi sa zahtjevom od 12.01.2026. dostavljamo Vam potvrdu A1. Potvrda A1 je zadani obrazac koji vrijedi na čitavom području EU kao dokaz o tome da je radnik ili samozaposlena osoba izaslana. Potvrđuje da se na Vas primjenjuje zakonodavstvo o socijalnoj sigurnosti Republike Hrvatske te da se u određenom razdoblju doprinosi ne moraju plaćati u državi rada jer se plaćaju u državi iz koje je osoba izaslana.

UPUTA O PRAVNOM LIJEKU

Prema članku 9. stavku 5. Zakona o provedbi uredbi Europske unije o koordinaciji sustava socijalne sigurnosti, ako niste zadovoljni odlukom u tiskanici, možete izjaviti žalbu Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje, Središnjoj službi, u roku od 15 dana nakon primitka potvrde. Žalba se predaje ili šalje poštom ovoj područnoj službi-uredu, a može se izjaviti i usmeno u zapisnik te je oslobođena pristojbe.

S poštovanjem

PREDSTOJNIK PODRUČNE SLUŽBE
KREŠIMIR MAURAC

A1

Potvrda o zakonodavstvu o socijalnoj sigurnosti
koje se primjenjuje na imatelja potvrde

Uredba 883/04 i Uredba 987/09 (*)

INFORMACIJE IMATELJU

Ova potvrda odnosi se na zakonodavstvo o socijalnoj sigurnosti koje se na Vas primjenjuje i potvrđuje da nemate obvezu plaćanja doprinosa u drugoj državi.

Prije nego što napustite državu u kojoj ste osigurani da biste otišli raditi u drugu državu, provjerite imate li dokumente na temelju kojih u državi u kojoj radite možete ostvariti pravo na potrebna davanja u naravi (primjerice medicinsku njegu, liječenje u bolnici i ostalo):

- ako privremeno boravite u državi u kojoj radite, zatražite od Vašeg nositelja zdravstvenog osiguranja Europsku zdravstvenu iskaznicu (EHIC). Ovu iskaznicu morate predočiti pružatelju zdravstvene usluge, ako Vam tijekom Vašeg boravka zatrebaju zdravstvene usluge.
- ako se namjeravate preseliti u državu u kojoj radite, zatražite od Vašeg nositelja zdravstvenog osiguranja potvrdu S1 i što je moguće prije dostavite je nadležnom nositelju zdravstvenog osiguranja u mjestu u kojem ćete raditi (**).

Nadležni nositelj osiguranja u državi u kojoj boravite privremeno će Vam pružiti i posebna davanja u slučaju ozljede na radu ili profesionalne bolesti.

1. OSOBNI PODACI O IMATELJU

1.1 Osobni identifikacijski broj	36366731078	<input type="checkbox"/> Žensko	<input checked="" type="checkbox"/> Muško
1.2 Prezime	ANDALLO		
1.3 Ime	RONRON MASAGCA		
1.4 Prezime kod rođenja (***)	ANDALLO		
1.5 Datum rođenja	20.07.1997.	1.6 Mjesto rođenja	PILILLA RIZAL
1.7 Državljanstvo	PH		
1.8 Adresa u državi prebivališta			
1.8.1 Ulica, broj	BEDNJICA, 29	1.8.3 Poštanski broj	42250
1.8.2 Mjesto	LEPOGLAVA	1.8.4 Oznaka države	HR
1.9 Adresa u državi boravišta			
1.9.1 Ulica, broj		1.9.3 Poštanski broj	
1.9.2 Mjesto		1.9.4 Oznaka države	

2. DRŽAVA ČIJE SE ZAKONODAVSTVO PRIMJENJUJE

2.1 Država članica	HRVATSKA	2.3 Zaključni datum	12.01.2027.
2.2 Početni datum	12.01.2026.		
<input checked="" type="checkbox"/> 2.4 Potvrda se primjenjuje tijekom trajanja djelatnosti			
<input type="checkbox"/> 2.5 Odluka je privremena			
<input type="checkbox"/> 2.6 Uredba 1408/71 ostaje na snazi na temelju članka 87(8) Uredbe 883/2004			

(*) Uredba (EZ) 883/2004, članci od 11. do 16., i Uredba 987/2009, članak 19.

(**) Za Španjolsku, Švedsku i Portugal potvrdu je potrebno uručiti svakoj od sljedećih ustanova: glavnom područnom uredu Državnog zavoda za socijalnu sigurnost (INSS), ustanovi za socijalno osiguranje i ustanovi za socijalnu sigurnost u mjestu prebivališta.

(***) Informacija koju dostavlja imatelj kad ustanovi nije poznata

A1



Potvrda o zakonodavstvu o socijalnoj sigurnosti
koje se primjenjuje na imatelja potvrde

5. PODACI O POSLODAVCU/SAMOSTALNOJ DJELATNOSTI U DRUGIM DRŽAVAMA

5.2 Adresa(e) ili ime(na) broda(ova) na kojoj/na kojima ćete biti (samo)zaposleni u državi(ama) domaćinu

NIZOZEMSKA

5.3 Ili, nema stalnu adresu u državi(ama) (samo)zaposlenja

6. USTANOVA KOJA IZDAJE POTVRDU

6.1 Naziv HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE, PODRUČNA SLUŽBA U ZAGREBU

6.2 Ulica i broj TVRTKOVA 5

6.3 Mjesto ZAGREB

6.4 Poštanski broj 10000

6.5 Oznaka države HR

6.6 ID ustanove 2000

6.7 Telefaks +385 1 4595 735

6.8 Telefon +385 1 4595 500

6.9 E-mail

6.10 Datum 07.04.2026.



6.11 Potpis PREDSTOJNIK PODRUČNE SLUŽBE KREŠIMIR MAURAC

PEČAT

Ova isprava je izrađena putem IT aplikacije HZMO te vrijedi bez potpisa i pečata.

Na zadnjoj stranici su podaci za provjeru vjerodostojnosti.

This document was created through the CPII IT application and is valid without a signature or stamp. On the last page there is information for verifying authenticity.

 <small>HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE HRVATIAN PENSION INSURANCE INSTITUTE</small>	Vrijeme potpisa:	07.04.2026. 00:00
	Izdavatelj certifikata:	CN=HRVATSKI ZAVOD ZA MIROVINSKO OSIGURANJE
	Broj zapisa:	fa69deaa51583be2402496a68829f50b
	Kontrolni broj:	599439
	Digitalno potpisani dokument mozete provjeriti skeniranjem QR koda ili na adresi: https://euslugehr.com/verify.php?uuid=fa69deaa51583be2402496a68829f50b	
	Ukoliko je ova isprava identicna prikazanom izvorniku u digitalnom obliku Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje potvrđuje točnost isprave.	