

IME IN PRIIMEK:

---

ROJ.DATUM:

---

KLINIKA:

---

### **IZJAVA O UPOŠTEVANJU OLAJŠAVE**

Zaposlen (a) \_\_\_\_\_, izjavljam da

**ne želim**

da se mi pri izračunu akontacije dohodnine upošteva povečana splošna olajšava.

Datum:

---

Podpis:

---