**OBRAZEC 1**

**VLOGA ZA VPIS V KATALOG CERTIFICIRANIH RAČUNOVODSKIH SERVISOV SLOVENIJE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Št. vpisa (*izpolni ZRS*):**  |  |
| **Firma:** |  |
| **Sedež (pošta in kraj):** |  |
| **Poslovna enota[[1]](#footnote-1):** |  |
| **Matična številka:** |  |
| **Davčna številka:** |  |
| **ki ga zastopa:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **Spletna stran:** |  |
| **Elektronski naslov:** |  |
| **Št. zaposlenih:** |  |
| **Št. zaposlenih s področja računovodstva:** |  |
| **Kontaktna oseba (ni za objavo):** |  |

Področja dejavnosti računovodskega servisa (označite):

* računovodske storitve za gospodarske družbe
* računovodske storitve za samostojne podjetnike in druge zasebnike
* računovodske storitve za pravne osebe zasebnega prava
* računovodske storitve za javna podjetja
* računovodske storitve za društva
* računovodske storitve za zadruge
* računovodske storitve za proračunske uporabnike
* drugo (specializirane storitve) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: Podpis odgovorne osebe:

**Priloge k vlogi:**

1. Obrazec 2: Izjava o strokovni usposobljenosti osebe in statusu (položaju) v razmerju do računovodskega servisa
2. Obrazec 3: Izjava, da računovodski servis ni v kazenskem postopku, nima prepovedi poslovanja in da oseba iz Obrazca 2 ni bila pravnomočno obsojena zaradi storitve kaznivega dejanja, povezanega s poslovanjem računovodskega servisa
3. Obrazec 4: Izjava o spoštovanju Kodeksa članov ZRS.
4. Obrazec 5: Izjava o višini zavarovanja za poklicno odgovornost
5. Dokazila o dodatnem izobraževanju.

**OBRAZEC 2**

# ***IZJAVA***

# ***O STROKOVNI USPOSOBLJENOSTI OSEBE IN STATUSU (POLOŽAJU) V RAZMERJU DO RAČUNOVODSKEGA SERVISA***

Izjavljamo, da je:

(ime in priimek)

ki je pridobil/a:

*(ustrezno označite)*

* certifikat »Strokovni vodja računovodskega servisa« ali
* potrdilo GZS po Programu usposabljanja za vodenje računovodskih servisov ali
* strokovni naziv preizkušeni računovodja ali računovodja pri Slovenskem inštitutu za revizijo ali
* strokovni naziv revizor ali pooblaščeni revizor pri Slovenskem inštitutu za revizijo, ali
* strokovni naziv notranji revizor pri Slovenskem inštitutu za revizijo, ali
* certifikat The CIPFA International Diploma in Public Sector Acoounting institucije The Chartered Institute of Public Finance and Accountancy (CIPFA)
* strokovni naziv Chartered Certified Accountant pri The Association of Chartered Certified Accountants (ACCA).

v družbi / pri samostojnem podjetniku posamezniku

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma:** |  |
| **Sedež:** |  |
| **Matična številka:** |  |
| **Davčna številka:** |  |

*(ustrezno označite)*

* zaposlena v rednem delovnem razmerju ali
* je samostojni podjetnik in je obvezno zavarovan kot samostojni podjetnik za polni delovni čas ali
* je oseba lastnik v gospodarski družbi, direktor ali prokurist

Datum: Podpis odgovorne osebe:

**Priloga: Fotokopija potrdila** (v kolikor vpis podaljšujete in se izjava nanaša na isto osebo kot v preteklem letu, imamo potrdilo na sedežu ZRS in ga ni potrebno ponovno pošiljati)

**OBRAZEC 3**

# ***IZJAVA,***

# ***DA RAČUNOVODSKI SERVIS NI V KAZENSKEM POSTOPKU, NIMA PREPOVEDI POSLOVANJA IN DA OSEBA IZ OBRAZCA 2 NI BILA PRAVNOMOČNO OBSOJENA ZARADI STORITVE KAZNIVEGA DEJANJA, POVEZANEGA S POSLOVANJEM RAČUNOVODSKEGA SERVISA***

Izjavljamo, da zoper pravno osebo / samostojnega podjetnika posameznika:

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma:** |  |
| **Sedež:** |  |
| **Matična številka:** |  |
| **Davčna številka:** |  |

ni uveden kazenski postopek niti njeno poslovanje s sodno odločbo ni prepovedano po 20. členu Zakona o odgovornosti pravnih oseb za kazniva dejanja;

Izjavljamo, da oseba iz Obrazca 2 v zadnjih petih letih ni bil pravnomočno obsojen zaradi storitve kaznivega dejanja, povezanega s poslovanjem računovodskega servisa.

Datum: Podpis odgovorne osebe:

**OBRAZEC 4**

# ***IZJAVA***

# ***O SPOŠTOVANJU KODEKSA ČLANOV ZRS***

Izjavljamo, da družba / samostojni podjetnik posameznik:

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma:** |  |
| **Sedež:** |  |
| **Matična številka:** |  |
| **Davčna številka:** |  |

pri opravljanju svoje dejavnosti spoštuje dobre poslovne običaje, opredeljene v Kodeksu članov ZRS.

Datum: Podpis odgovorne osebe:

**OBRAZEC 5**

# ***IZJAVA***

# ***O VIŠINI ZAVAROVANJA ZA POKLICNO ODGOVORNOST***

Izjavljamo, da je družba / samostojni podjetnik posameznik:

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma:** |  |
| **Sedež:** |  |
| **Matična številka:** |  |
| **Davčna številka:** |  |

zavarovana za primer strokovne napake pri opravljanju svoje dejavnosti v

višini evrov.

Datum: Podpis odgovorne osebe:

**Priloga: Fotokopija zavarovalne police za tekoče leto.**

1. Če je več poslovnih enot, jih lahko vpišete več. [↑](#footnote-ref-1)