

OZPOBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN
A STAVEBNICTVÍ**Přihlášení / odhlášení / oznámení změn zaměstnavatele**

platnou variantu označte v rámečku X

PŘIHLÁŠENÍ PLÁTCE ODHLÁŠENÍ PLÁTCE OZNÁMENÍ ZMĚN KE DNI* kód pojišťovny
207* Hlásíte-li pomocí tohoto formuláře **změny údajů**, označte laskavě pro větší přehlednost křížkem oddíl, kterého se změna týká. Děkujeme.

ZÁKLADNÍ ÚDAJE	I. ZAMĚSTNAVATEL – PLÁTCE POJISTNÉHO			
	IČ			Obchodní jméno (nutno přiložit kopii dokladu, opravňujícího k provozování činnosti - např. Živnostenského listu, výpisu z Obchodního rejstříku apod.)
	Specifikace*		* Číslo vnitřní organizační jednotky (je-li samostatným plátcem pojistného, jinak uvést 00)	
	Obor činnosti:			
	Právní forma:			
II. ADRESA				
	PSČ	Místo	Ulice, číslo	
			FAX:	
	TELEFON (včetně předvolby):		E - mail:	
III. BANKOVNÍ SPOJENÍ (pro platby pojistného)				
	Směrový kód banky	Název banky - pobočky	Číslo účtu	Specifický symbol - (Č.sporozírového účtu)

POUZE FYZICKÁ OSOBA	IV. VYPLNÍ POUZE ZAMĚSTNAVATEL – FYZICKÁ OSOBA			
	Rodné číslo	Příjmení		Jméno
		Titul (před/za jménem)	Pohlaví	Státní příslušnost
		/	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	
	ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ			
	PSČ	Místo	Ulice, číslo	
	TELEFON (včetně předvolby):		FAX	

Kalendářní den výplaty mezd:

Odpovědný pracovník pro styk s OZP – útvar, pracovník, spojení:

V. ZÁVĚREČNÁ UPOZORNĚNÍ A PROHLÁŠENÍ

K vyplněné přihlášce přiložte kopii dokladu, který Vás opravňuje k provozování činnosti – např. výpis z Obchodního rejstříku, Živnostenský list, rozhodnutí Českého statistického úřadu. Nižší organizační jednotka, která je plátcem pojistného, přiloží tuto kopii dokumentu nadřízené organizace, která má právní subjektivitu.

PROHLAŠUJEME, že jsme vzali na vědomí

- že variabilní symbol, pod kterým budeme provádět platby pojistného na zdravotní pojištění musí být desetimístný a musí být složen z IČO a specifikace, uvedené v části I. této přihlášky
- svoji povinnost oznamovat nejpozději do 8 mi dnů změny týkající se údajů uvedených v této přihlášce a dále ukončení své činnosti, zrušení organizace nebo její vstup do likvidace
- povinnost OZP penalizovat bez výjimky všechny platby pojistného, které nebyly poukázány v den splatnosti pojistného, nebo ve správné výši byly poukázány pod jiným variabilním symbolem než je výše uvedeno
- doporučení neprodleně oznámit změnu výplatního termínu – dne splatnosti pojistného, jako prevenci případné penalizace z titulu pozdní úhrady pojistného

Prohlašujeme, že uvedené údaje jsou úplné a odpovídají skutečnosti.

datum, razítko zaměstnavatele a podpis odpovědného pracovníka

