

OZNÁMENIE ZAMESTNÁVATEĽA

o preplatkoch a nedoplatkoch za jednotlivých zamestnancov za rok 2008

podľa § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve
a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“)

Oznámenie

Kód zdravotnej poisťovne

☐

riadne

☐

opravné

☐

dodatočné

I. ODDIEL - Údaje o zamestnávateľovi

01	Názov platiteľa poistného	02	Číslo platiteľa poistného		
03	Rodné číslo / Číslo povolenia na pobyt	04	IČO	05	DIČ
Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky					
06	Ulica	Číslo			
PSČ	Obec	Číslo telefónu	Číslo faxu		
E-mailová adresa					

II. ODDIEL - Výsledok ročného zúčtovania poistného

Počet zamestnancov	21	
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnancov v eurách	22	
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnávateľa v eurách	23	
Spolu nedoplatok (+) / preplatok (-) (p.22 + p.23) v eurách	24	
Upravený nedoplatok / preplatok ¹⁾ v eurách	25	

III. ODDIEL - Žiadosť o vrátenie preplatku poistného zamestnancov a zamestnávateľa ¹⁾

Žiadam o vrátenie preplatku zamestnancov a zamestnávateľa podľa § 19 ods. 12 zákona (ak preplatok v p.24 \geq 3 eurá)

☐ na účet číslo účtu/kód banky

IV. ODDIEL - Osoba zodpovedná za vypracovanie oznámenia

Vypracoval (Priezvisko a meno)	Číslo telefónu	Číslo faxu
E-mail		

V. ODDIEL - Miesto na osobitné záznamy zamestnávateľa

Počet strán zoznamu zamestnancov 31 Uvádza sa počet strán zoznamu zamestnancov

Počet ostatných príloh 32 Uvádza sa počet ostatných príloh, ktoré sú súčasťou oznámenia

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v oznámení podľa § 19 ods. 15 zákona sú úplné a správne.

Dátum

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa
a odtlačok pečiatky zamestnávateľa

Záznamy zdravotnej poisťovne