

OZNÁMENIE ZAMESTNÁVATEĽA

o preplatkoch a nedoplatkoch za jednotlivých zamestnancov za rok 2009

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	22	
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnávateľa	23	
Spolu nedoplatok (+) / preplatok (-) (p. 22 + p. 23)	24	
Upravený nedoplatok / preplatok ¹⁾	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