VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY
VZP - kód 201

Hromadné oznámení zaměstnavatele

Hromadné oznámení zaměstnavatele za období:
(§ 10 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

měsíc / rok

Razítko a podpis pracovníka VZP

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňujte jej, prosím, čitelné hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č D Ď E Ě F G H I Í J K L M N Ň O Ó P Q R Ř S Š T Ť U Ú Ů V W X Y Ý Z

1. Identifikace zaměstnavatele

Název zaměstnavatele

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice | Číslo popisné / Číslo orientační | Identifikační číslo plátce pojistného (IČ)

PSČ | Obec | Telefon

2. Kód změny a identifikace zaměstnanců

Kód | Příjmení | Jméno

Číslo pojištěnce (rodné číslo) | ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice | Číslo popisné / Číslo orientační

Datum změny (dd.mm.rrrr) | PSČ | Obec

Kód | Příjmení | Jméno

Číslo pojištěnce (rodné číslo) | ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice | Číslo popisné / Číslo orientační

Datum změny (dd.mm.rrrr) | PSČ | Obec

Kód | Příjmení | Jméno

Číslo pojištěnce (rodné číslo) | ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice | Číslo popisné / Číslo orientační

Datum změny (dd.mm.rrrr) | PSČ | Obec

Kód | Příjmení | Jméno

Číslo pojištěnce (rodné číslo) | ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice | Číslo popisné / Číslo orientační

Datum změny (dd.mm.rrrr) | PSČ | Obec

3. Datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto OZNÁMENÍ jsou pravdivé a že ohlásím VZP všechny změny údajů, a to nejpozději do 8 dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje.

Číslo listu / počet listů | Dne

Razítko a podpis odpovědného pracovníka

0810581306
VZP 03.01/2010

Vysvětlivky k vyplňování položek jsou uvedeny v Poučení na přiloženém samostatném listě. Pro vyplnění formuláře na PC lze použít elektronický PDF formulář vystavený na internetových stránkách www.vzp.cz.