



Česká průmyslová
zdravotní pojišťovna

Příhláška a evidenční list zaměstnavatele

ČPZP - kód 205

Plnění oznamovací povinnosti zaměstnavatele - plátce pojistného

(§ 25 zák. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

příhlášení změna odhlášení

Razítko a podpis pracovníka ČPZP

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňujte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe čermou propisovací tužkou. Zaškrťovací pole označte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č Ď Ě F G H I Í J K L M Ń O Ó P Q Ř S Š Ť Ú Ů V W X Y Ž

1a. Identifikace zaměstnavatele (právnické osoby, organizační jednotky právnické osoby nebo fyzické osoby)

Obchodní název zaměstnavatele - plátce pojistného

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo popisné

--	--	--	--

Číslo orientační

--	--	--	--

Identifikační číslo plátce pojistného (IČ)

--	--	--	--	--	--	--	--

PSČ	Obec																										

Stát	Právní forma plátce pojistného																										

Právní subjektivita

ano ne

právnická osoba fyzická osoba

1b. Identifikace zaměstnavatele, již je plátce pojistného uvedený v oddíle 1a. součástí

Obchodní název zaměstnavatele, již je nižší organizační jednotka součástí

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ADRESA SÍDLA: Ulice

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo popisné

--	--	--	--

Číslo orientační

--	--	--	--

PSČ	Obec																										

1c. Identifikace zaměstnavatele (fyzické osoby)

Příjmení	Jméno																											Titul

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo popisné

--	--	--	--

Číslo orientační

--	--	--	--

Číslo pojištěnce (rodné číslo)

--	--	--	--	--	--	--	--

PSČ	Obec																										

2. Doručovací adresa

ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ: Ulice

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo popisné

--	--	--	--

Číslo orientační

--	--	--	--

PSČ	Obec																										

3. Bankovní spojení zaměstnavatele

Bankovní spojení: (předčíslí účtu - číslo účtu / kód banky)

								-									/				
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Bankovní spojení: (IBAN)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Kontaktní údaje odpovědného pracovníka

Příjmení	Jméno																											Titul

Postavení vzhledem k zaměstnavateli																											

Telefon

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail																											

5. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že všechny údaje v této Příhlášce a evidenčním listě zaměstnavatele jsou pravdivé a že ohlásím ČPZP všechny změny údajů, a to nejpozději do 8 dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje.

Datum platnosti vyplněných údajů OD

		-			-		
--	--	---	--	--	---	--	--

CPZP 72.01/2010



Počet listů příloh

--	--

Vyplněno dne

		-			-		
--	--	---	--	--	---	--	--

Razítko a podpis odpovědného pracovníka