

Hromadné oznámení zaměstnavatele

OZP - kód 207
**Hromadné oznámení
zaměstnavatele za období:**

(§ 10 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňujte jej, prosím, čitelně 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 Ď Ě F G H I Í J K L M Ň O Ó P Q Ř S Š Ť Ú Ů V W X Y Ž

měsíc / rok

Razítko a podpis pracovníka OZP

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 Číslo pojištěnce (rodné číslo)

Datum změny (dd.mm.rrrr)

Příjmení

Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

PSČ

Obec

Kód Číslo pojištěnce (rodné číslo)

Datum změny (dd.mm.rrrr)

Příjmení

Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

PSČ

Obec

Kód Číslo pojištěnce (rodné číslo)

Datum změny (dd.mm.rrrr)

Příjmení

Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

PSČ

Obec

Kód Číslo pojištěnce (rodné číslo)

Datum změny (dd.mm.rrrr)

Příjmení

Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

PSČ

Obec

3. Datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

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

OZP 03.01/2010

Číslo listu / počet listů

Vyplněno dne

Razítko a podpis odpovědného pracovníka