

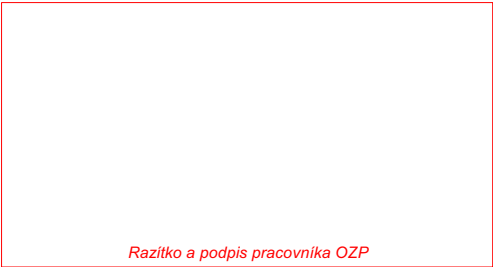
Příhláška a evidenční list zaměstnavatele

OZP - kód 207

Plnění oznamovací povinnosti zaměstnavatele - plátce pojistného

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

přihlášení změna odhlášení



Razítko a podpis pracovníka OZP

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou 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

Právní subjektivita

ano ne

Stát

Právní forma plátce pojistného

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 OZP všechny změny údajů, a to nejpozději do 8 dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje.

Datum platnosti vyplněných údajů OD

PPPP - PP - PP


Vyplněno dne

PP - PP - PP

Počet listů příloh

PP

OZP 72.01/2010



Razítko a podpis odpovědného pracovníka

Poučení k formuláři Přihláška a evidenční list zaměstnavatele

1. Obecné informace

Formulář se používá k přihlášení do registru zaměstnavatelů zdravotní pojišťovny (dále jen ZP), dále ke sdělení změn údajů a k oznámení ukončení činnosti, zrušení organizace nebo jejího vstupu do likvidace.

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

Zaměstnavatel uvede název organizace nebo organizační jednotky (zpravidla podle místa mzdové účtárny), která bude plnit povinnosti plátce pojistného. Název je třeba uvést přesně podle výpisu z obchodního rejstříku nebo jiného dokladu. Adresa zaměstnavatele je adresa sídla organizační jednotky, která plní povinnosti plátce pojistného. Identifikační číslo plátce pojistného tvoří osmimístné IČ a dvoumístné číslo vnitřní organizační jednotky, je-li přiděleno, např. z důvodu existence více mzdových účtáren. V případech, kdy zaměstnavatel nemá IČ, přiděluje ZP zvláštní číslo plátce pojistného. Doručovací adresu vyplní zaměstnavatel v případě, je-li odlišná od adresy sídla zaměstnavatele. Pokud se do registru přihlašuje nižší organizační složka bez právní subjektivity, musí plátce pojistného vyplnit i oddíl 1b. Zaměstnavatel – fyzická osoba – má vždy právní subjektivitu. Zaměstnavatel uvede právní formu zaměstnavatele např. společnost s ručením omezeným, akciová společnost, veřejná obchodní společnost, komanditní společnost, družstvo atd. Při zapisování je možné použít obecně známých zkratk.

Stát – zaměstnavatelem se pro účely zdravotního pojištění rozumí právnícká nebo fyzická osoba, která má sídlo nebo trvalý pobyt **na území ČR**. Kód jiného státu použije zaměstnavatel v případě zaměstnání, které je uzavřeno v souladu s Mezinárodní smlouvou.

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

Tento oddíl vyplňuje zaměstnavatel, který v oddíle 1a. přihlásil nižší organizační složku – mzdovou účtárnu, tj. v kolonce Právní subjektivita zaškrtnl „ne“. Název a adresu je nutné uvést přesně podle výpisu z OR nebo jiného dokladu.

1c. Identifikace zaměstnavatele (fyzické osoby)

Zaměstnavatel, který je fyzickou osobou, oznamuje příjmení, jméno, rodné číslo a adresu trvalého bydliště. Zahraniční fyzická osoba uvede z průkazu o povolení k pobytu adresu bydliště v ČR. Pokud nemá tato fyzická osoba přiděleno číslo pojištěnce (rodné číslo), datum narození zadá ve formátu rr.mm.dd/0000 (např. datum narození 17.10.1953 se vyplní 531017/0000).

2. Bankovní spojení zaměstnavatele

Zaměstnavatel vyplní číslo bankovního účtu, ze kterého bude provádět platby pojistného za své zaměstnance.

3. Kontaktní údaje odpovědného pracovníka

Zaměstnavatel uvede údaje o osobě, která je pověřená komunikací se zdravotní pojišťovnou.

4. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Zaměstnavatel vyplní datum, od kdy platí uvedené údaje, datum vystavení formuláře a potvrdí správnost údajů razítkem a podpisem odpovědného pracovníka.

Dotazy zodpoví Vaše ÚP VZP nebo klientské centrum VZP, Praha 3, Orlická 4/2020, PSČ 130 00, v době od 18 do 16 hodin na telefonním čísle: 844 117 777; v době od 16 do 8 hodin je na stejném telefonním čísle záznamník. Obecné informace, seznam ÚP VZP s čísly účtů a další informace je možno nalézt také na adrese internetu: www.vzp.cz.

