zpš zaměstnanecká pojišťovna škoda

Přehled o platbě pojistného zaměstnavatele

Razítko a podpis pracovníka ZPŠ

ZPŠ - kód 209

Přehled o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele

(§ 25 odst. 3 zák. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Typ přehledu: řádný ☐ opravný ☐

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č D Ď E 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. Údaje o platbě

Hlášení za období: měsíc / rok

Úhrn vyměřovacích základů zaměstnanců pojištěných u ZPŠ Kč

Počet zaměstnanců pojištěných u ZPŠ

Výše pojistného - součet pojistného zaměstnanců pojištěných u ZPŠ Kč

3. Datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto PŘEHLEDU jsou pravdivé a že ohlásím ZPŠ všechny změny údajů, a to do 8 dnů ode dne, kdy jsem se o změněné skutečnosti dozvěděl.

ZPŠ 76.01/2010

Vyplněno dne . .

Razítko a podpis odpovědného pracovníka

Vysvětlivky k vyplňování položek jsou uvedeny v Poučení na druhé straně tohoto formuláře. Pro vyplnění formuláře na PC lze použít elektronický PDF formulář vystavený na internet. stránkách www.zpskoda.cz.