



ZDRAVOTNÍ  
POJIŠŤOVNA  
MINISTERSTVA  
VNITRA ČR

**211**

**Hromadné  
oznámení  
zaměstnavatele**

ZPMVČR - kód 211

**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 ZPMVČR

**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 Telefon

Kód Číslo pojištěnce (rodné číslo) Datum změny (dd.mm.rrrr)  
   /    .   .

Příjmení Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné / Číslo orientační  
 /

PSČ Obec Telefon

Kód Číslo pojištěnce (rodné číslo) Datum změny (dd.mm.rrrr)  
   /    .   .

Příjmení Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné / Číslo orientační  
 /

PSČ Obec Telefon

Kód Číslo pojištěnce (rodné číslo) Datum změny (dd.mm.rrrr)  
   /    .   .

Příjmení Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné / Číslo orientační  
 /

PSČ Obec Telefon

**3. Datum vyplnění a podpis zaměstnavatele**

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

ZPMVČR 73.01/2010

Číslo listu / počet listů Vyplněno dne  
  /    .   .

Razítko a podpis odpovědného pracovníka