



Oznámenie o vzniku, zmene a zániku platiteľa poisťného

Oznámenie o vzniku Oznámenie o zániku Oznámenie o zmene platiteľa poisťného

Dôvod oznámenia zmeny

Kód poisťovne, kód pobočky

2 5

* uvedie číslo dôvodu od 1 - 10

Číslo platiteľa

Údaje o platiteľovi

Meno, priezvisko/obchodné meno

Rodné číslo

IČO

Sídlo/bydlisko platiteľa (ulica, číslo)

PSČ

Obec

Deň určený na výplatu príjmov (deň úhrady poisťného)

Deň vzniku oznamovacej povinnosti

Korešpondenčná adresa platiteľa

Ulica

Číslo

Obec

PSČ

Bankové spojenie (číslo účtu/kód banky)

Spôsob úhrady preddavku

prevodom z účtu

v hotovosti

poštovou poukážkou

V zmysle § 10 ods. 6 zákona č. 428/2002 Z. z. udeľujem súhlas s vytvorením fotokópie nižšie uvedených dokladov na účely verejného zdravotného poistenia. Súhlas je možné odvolať iba na základe písomnej žiadosti platiteľa poisťného.

súhlasím

Potvrdenie platiteľa poisťného

Štatutárny zástupca, resp. splnomocnená osoba

Telefón

Fax

E-mail

Dátum

Pečiatka a podpis osoby oprávnenej konať v mene platiteľa poisťného

Potvrdenie poisťovne

Číslo účtu poisťovne pre platbu poisťného

Konštantný symbol

Špecifický symbol (RRRR MM)

Variabilný symbol

Dátum prijatia oznámenia

Pečiatka poisťovne a podpis oprávnenej osoby

* Dôvod oznámenia zmeny:

1. Zmena mena, priezviska/obchodného mena
2. Zmena IČO
3. Zmena sídla platiteľa
4. Zmena dňa určeného na výplatu príjmu
5. Zmena kontaktnej osoby
6. Zmena bankového spojenia
7. Zmena spôsobu úhrady preddavkov
8. Zmena korešpondenčnej adresy platiteľa
9. Zmena štatutárneho zástupcu
10. Zmena kontaktov (tel., fax, e-mail, mobil)