

Prohlášení

Jméno a příjmení rodné číslo

Bydliště
.....
.....

jsem pojištěncem zdravotní pojišťovny (název)
.....

a pojistné na veřejné zdr. pojištění alespoň v minimální výši hradím :

a) srážkou ze mzdy u zaměstnavatele,

b) zálohami jako OSVČ,

c) pojištění za mě hradí stát (poživatel důchodu, student, žena na MD).

Dále prohlašuji, že pokud dojde od dnešního dne mým zaviněním (neoznámením nebo pozdním oznámením změny zdravotní pojišťovny) k vyměření penále příslušnou zdravotní pojišťovnou, uhradím zaměstnavateli vzniklou škodu srážkou ze mzdy, popřípadě jiným vhodným způsobem.

Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů pro účely vedení personální a mzdové agendy .

V Praze dne:

Podpis: