

**OZNÁMENIE ZAMESTNÁVATEĽA****o preplatkoch a nedoplatkoch za jednotlivých zamestnancov za rok 2006**

podľa § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“)

Oznámenie	Kód zdravotnej poisťovne
<input type="checkbox"/> riadne <input type="checkbox"/> opravné <input type="checkbox"/> dodatočné	<input type="text"/>

**I. ODDIEL - Údaje o zamestnávateľovi**

01	Názov platiteľa poisťného	02	Číslo platiteľa poisťného
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
03	Rodné číslo / Číslo povolenia na pobyt	04	IČO
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
05	DIČ	<input type="text"/>	

**Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky**

06	Ulica	Číslo
<input type="text"/>		<input type="text"/>
PSC	Obec	Číslo telefónu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	Číslo faxu	<input type="text"/>
<input type="text"/>		

**II. ODDIEL - Výsledok ročného zúčtovania poisťného**

Počet zamestnancov	21	<input type="text"/>
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnancov	22	<input type="text"/>
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnávateľa	23	<input type="text"/>
Spolu nedoplatok (+) / preplatok (-) (p.22 + p.23)	24	<input type="text"/>

**III. ODDIEL - Žiadosť o vrátenie preplatku poisťného zamestnancov a zamestnávateľa <sup>1)</sup>**

Žiadam o vrátenie preplatku zamestnancov a zamestnávateľa podľa § 19 ods. 12 zákona (p. 24 < 0 Sk)

<input type="checkbox"/> na účet číslo účtu/banka	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------

**IV. ODDIEL - Osoba zodpovedná za vypracovanie oznámenia**

Vypracoval (Priezvisko a meno)	Číslo telefónu	Číslo faxu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	
<input type="text"/>		

**V. ODDIEL - Miesto na osobitné záznamy zamestnávateľa**

<input type="text"/>		
----------------------	--	--

Počet strán zoznamu zamestnancov	31	<input type="text"/>	Uvádza sa počet strán zoznamu zamestnancov
Počet ostatných príloh	32	<input type="text"/>	Uvádza sa počet ostatných príloh, ktoré sú súčasťou oznámenia

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v oznámení podľa § 19 ods. 15 zákona sú správne a úplné.

Dátum	<input type="text"/>	Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa a odtlačok pečiatky zamestnávateľa
		<input type="text"/>

**Záznamy zdravotnej poisťovne**

<input type="text"/>		
----------------------	--	--

## Príloha

## Zoznam zamestnancov, za ktorých bolo vykonané ročné zúčtovanie poistného

Por. čís.	Rodné číslo zamestnanca/Číslo povolenia na pobyt	Ročné zúčtovanie poistného vykonal <sup>2)</sup>			Nedoplatok (+) / preplatok (-) zamestnanca	Nedoplatok (+) / preplatok (-) zamestnávateľa
		Zamestnávateľ	Zamestnanec	Iný zamestnávateľ		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Strana číslo

Celkový počet strán prílohy

Meno, priezvisko a podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa  
a odtlačok pečiatky zamestnávateľa