

# OZNÁMENIE O NEDOPLATKU ALEBO PREPLATKU ZAMESTNANCA ZA ROK 2006

podľa § 19 ods. 10 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

**Číselné údaje sa zarovnávajú vpravo, ostatné sa píšú zľava. Nevyplnené riadky sa ponechávajú prázdne.**

Údaje sa vyplňajú paličkovým písmom (podľa tohto vzoru), písacím strojom alebo tlačiarňou, a to čiernou alebo tmavomodrou farbou.

Á Ä B Č D É F G H Í J K L M N O Ö Ô P Q R Š T Ú Û V X Ý Ž 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

## I. ODDIEL – Údaje o poistencovi

Rodné číslo

Číslo povolenia na pobyt

Kód zdravotnej poisťovne

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa trvalého pobytu v deň podania ročného zúčtovania poistného na území Slovenskej republiky alebo v zahraničí

Štát

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Číslo telefónu

Číslo faxu

## II. ODDIEL – Výsledok ročného zúčtovania poistného zamestnanca

Úhrn preddavkov na poistné zamestnanca <sup>2)</sup>

Poistné zamestnanca z ročného zúčtovania poistného <sup>3)</sup>

Nedoplatok (+) / preplatok (-) zamestnanca <sup>4)</sup>

## III. ODDIEL – Údaje o zamestnávateľovi, ktorý vykonal ročné zúčtovanie poistného

Názov platiteľa poistného (zamestnávateľa)

Číslo platiteľa poistného

Rodné číslo

Číslo povolenia na pobyt

IČO

DIČ

Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Číslo telefónu

Číslo faxu

Email

## IV. ODDIEL – Osoba zodpovedná za vypracovanie oznámenia

Vypracoval (Priezvisko a meno)

Číslo telefónu

Číslo faxu

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v oznámení podľa § 19 ods. 10 zákona sú správne a úplné.

Dátum

Meno, priezvisko a podpis osoby zodpovednej za vykonanie ročného zúčtovania poistného a odtlačok pečiatky zamestnávateľa