

IČO:

Číslo vnitřní organizační jednotky:

Obchodní název
plátce pojistného:

Právní forma plátce (s.r.o., a.s, v.o.s., ...)

U fyzické osoby - příjmení, jméno:

rodné číslo:

adresa trvalého pobytu:

Přiložte kopii výpisu z Obchodního rejstříku, živnostenského listu nebo zřizovací listinu.

Sídlo zaměstnavatele:

Kontaktní adresa zaměstnavatele:

PSC:

Telefon:

Fax:

Směrový kód banky:

Předčísí účtu:

Číslo účtu:

Den splatnosti pojistného: (den výplaty mezd)

**Vyplňuje zaměstnavatel v případě, že v horní části přihlášky se
přihlašuje nižší organizační jednotka**

Název a právní forma organizace (s právní subjektivitou), jíž je plátce

pojistného součástí:

Sídlo zaměstnavatele:

PSC:

Telefon:

Fax:

Kontaktní osoba pro styk se ZP M-A:

vystavil:

dne:

razítko a podpis zaměstnavatele