



zaměstnanecká  
pojišťovna  
škoda

# Přehled o platbě pojistného zaměstnavatele

## Přehled o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele

(§ 25 odst. 3 zák. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Typ přehledu

řádný  opravný

Razítko podatelny ZPŠ

Formulář bude zpracován elektronicky a není optimalizován pro rozpoznávání ručně psaného písma. Vyplňujte jej, prosím, na psacím stroji nebo elektronicky na PC. Zaškrtnutí pole označte křížkem.

### 1. Identifikace zaměstnavatele

Název zaměstnavatele

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

Identifikační číslo plátce pojistného (IČ)

PSČ

Obec

Telefon

### 2. Údaje o platbě

**Hlášení za období:**

měsíc (mm)

/

rok (rrrr)

Počet zaměstnanců pojištěných u ZPŠ

Úhrn vyměřovacích základů zaměstnanců pojištěných u ZPŠ

Kč

Výše pojistného - součet pojistného zaměstnanců pojištěných u ZPŠ

Kč

### 3. Datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto PŘEHLEDU jsou pravdivé a že ohlásím Zaměstnanecké pojišťovně Škoda všechny změny údajů, a to do 8 dnů ode dne, kdy jsem se o změněné skutečnosti dozvěděl.

Dne (dd.mm.rrrr)

ZPŠ kód 209

Razítko a podpis odpovědného pracovníka