

1. INFORMACE O POJIŠTĚNCI

Název / Jméno a příjmení:	<input type="text"/>
IČO:	<input type="text"/>
Rodné číslo:	<input type="text"/>
Adresa sídla / trvalého pobytu:	<input type="text"/>
Korespondenční adresa:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
Kontaktní osoba:	<input type="text"/>

2. POTVRZENÍ O BEZDLUŽNOSTI

Žádám o vystavení potvrzení o tom, že u ZP MV ČR nemám nedoplatek na pojistném a penále na veřejném zdravotním pojištění.

Toto potvrzení požaduji vydat za účelem:

JEDNÁNÍ S ÚŘADEM PRÁCE

ÚČASTI VE VEŘEJNÉ SOUTĚŽI

JEDNÁNÍ S BANKOU OHLEDNĚ POSKYTNUTÍ ÚVĚRU

JINÝ:

Potvrzení požaduji vydat ke dni:

3. ZASLÁNÍ

Vystavené potvrzení žádám doručit (vyberte pouze jednu variantu):

POŠTOU NA ADRESU SÍDLA / TRVALÉHO POBYTU

POŠTOU NA KORESPONDENČNÍ ADRESU (VIZ VÝŠE)

DO DATOVÉ SCHRÁNKY PLÁTCE (UVEĎTE ČITELNĚ ČÍSLO DS):

Vystavením potvrzení nejsou dotčena práva na změny po provedené kontrole zdravotní pojišťovnou.

Datum:

Podpis žadatele
/ razítko: