

<input type="checkbox"/> OZNÁMENIE O VZNIKU	<input type="checkbox"/> OZNÁMENIE O ZÁNIKU	<input type="checkbox"/> OZNÁMENIE O ZMENE PLATITEĽA POISTNÉHO
DÔVOD OZNÁMENIA ZMENY uveďte číslo dôvodu 01-10		Kód poisťovne Číslo platiteľa

Údaje o platiteľovi

Meno, priezvisko/obchodné meno		Rodné číslo
		IČO
Sídlo/bydlisko platiteľa (ulica, číslo)		
PSČ	Obec	
Deň určený na výplatu príjmov (deň úhrady poistného)		
Deň vzniku oznamovacej povinnosti		
Odhlásenie z registra platiteľov		

Korešpondenčná adresa platiteľa

Ulica	Číslo	Obec	PSČ
Bankové spojenie (číslo účtu/kód banky)			
Medzinárodné číslo bankového účtu (IBAN)			
Spôsob úhrady preddavku	<input type="checkbox"/> prevodom z účtu	<input type="checkbox"/> v hotovosti	<input type="checkbox"/> poštovou poukážkou
Osobné údaje, ktoré ste uviedli v tomto formulári, bude spracúvať zdravotná poisťovňa výlučne za účelom výkonu zdravotného poistenia. Dĺžka spracúvania údajov je definovaná v § 16 zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.			
<input type="checkbox"/> súhlasím			

Potvrdenie platiteľa poistného

Štatutárny zástupca, resp. splnomocnená osoba		Odtlačok pečiatky a podpis osoby oprávnenej konať v mene platiteľa poistného
Telefón	Fax	
E-mail		
Dátum		

Potvrdenie poisťovne

Medzinárodné číslo bankového účtu (IBAN)	SK90 8180 0000 0070 0025 6534	SWIFT / BIC kód	SPSRSKBA
Konštantný symbol	3 5 5 8	Špecifický symbol (RRRRMM)	
Variabilný symbol			Odtlačok pečiatky zdravotnej poisťovne a podpis povereného zamestnanca
Dátum prijatia oznámenia			

* Dôvod oznámenia zmeny:

01 - Zmena mena, priezviska/obchodného mena	06 - Zmena bankového spojenia
02 - Zmena IČO	07 - Zmena spôsobu úhrady preddavkov
03 - Zmena sídla platiteľa	08 - Zmena korešpondenčnej adresy platiteľa
04 - Zmena dňa určeného na výplatu príjmu	09 - Zmena štatutárneho zástupcu
05 - Zmena kontaktnej osoby	10 - Zmena kontaktných údajov (tel., fax, e-mail, mobil)

Poznámky
