

Potvrzení o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění

Zaměstnavatel: _____

se sídlem: _____

IČ: _____

potvrzuje, že níže uvedený zaměstnanec:

Pan/paní: _____

datum narození: _____

trvalé bydliště: _____

vykonává u zaměstnavatele práci na základě:

PRACOVNÍHO POMĚRU*

DOHODY O PRACOVNÍ ČINNOSTI*

UZAVŘENÉ na dobu

NEURČITOU*

URČITOU DO.....*

**nehodící se škrtněte*

Potvrzujeme, že za výše uvedeného zaměstnance odvádíme pojistné na všeobecné zdravotní pojištění **alespoň z minimální mzdy podle § 3 zákona č. 592/1992 Sb., v platném znění.**

Potvrzení se vydává na období (období, ve které je/bude hrazeno ZP alespoň v minimální výši):

od:.....

do:.....

pro

Agentura STUDENT s r. o.

se sídlem: Hráského 2231/25, Praha 4

IČ: 25114841

pro potřeby posouzení platby zdravotního pojištění.

Vypracoval/la:

Tel.:

V..... dne.....

.....

podpis a razítko