

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ PRO ÚČELY ODVODU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Příjmení a jméno: _____

Bydliště: _____

Zdravotní pojišťovna: _____ Rodné číslo: _____

Čestně prohlašuji, že v případě, kdy dojde ke změně zdravotní pojišťovny, oznámím tuto skutečnost, dle zákona č. 48/1997 Sb., § 12 odst. b., svému zaměstnavateli neprodleně do 8 dnů od data změny.

Datum: _____

Podpis: _____