

## **Potvrzení o platbě zdravotního pojištění**

Potvrzujeme, že pan(í) \_\_\_\_\_

rodné číslo \_\_\_\_\_ je zaměstnán v naší organizaci

název \_\_\_\_\_

IČO \_\_\_\_\_ sídlo \_\_\_\_\_

- a) v hlavním pracovním poměru od \_\_\_\_\_
- b) ve vedlejším pracovním poměru od \_\_\_\_\_
- c) na základě dohody o činnosti od \_\_\_\_\_

- zaškrtněte správnou variantu

a je za něho měsíčně odváděno zdravotní pojištění z minimálního vyměřovacího základu.

Potvrzení se vydává na vlastní žádost zaměstnance pro účely výpočtu zdravotního pojištění u případných dalších zaměstnavatelů.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Vystavil(a): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Razítko a podpis

---

## **Místopřísežné prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem zaměstnán u shora uvedené organizace a je za mne touto organizací odváděno zdravotní pojištění z minimálního vyměřovacího základu. Zavazuji se v případě ukončení pracovněprávního vztahu se shora uvedeným zaměstnavatelem nebo v případě jakékoli změny, týkající se platby zdravotního pojištění, tuto skutečnost oznámit tomu zaměstnavateli, jemuž předložím toto potvrzení.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis zaměstnance