



Zdravotní pojišťovna  
**METAL-ALIANCE**

## Měsíční hlášení o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele

**Kód: 217**

**Název a sídlo zaměstnavatele:**

Číslo plátce pojistného (IČO)

Hlášení za měsíc: \_\_\_\_\_

Počet zaměstnaných pojištěnců pojištěných u M-A: \_\_\_\_\_

Úhm vyměřovacích základů zaměstnanců pojištěných u M-A: \_\_\_\_\_

Celková částka pojistného za zaměstnance pojištěné u M-A (13.5 %): \_\_\_\_\_

Dne:

Převzato dne:

Razítko zaměstnavatele a podpis odpovědného pracovníka

Razítko zdravotní pojišťovny a podpis odpovědného pracovníka