

ZP M-A

**PŘIHLÁŠKA ZAMĚSTNAVATELE
- plátce pojistného**

VYPLŇTE ČITELNĚ

IČO

Číslo vnitřní organizace jednotky

Název zaměstnavatele - plátce pojistného

Adresa zaměstnavatele

PSČ

Telefon

Fax

Bankovní spojení

Směrový kód

Předčísíí účtu

Číslo účtu (komitenta)

Den výplaty mezd (den úhrady pojistného)

II. Vyplňuje organizace v případě, že v části I přihlašuje se přihlašuje nižší organizační jednotka.

Název organizace, již je nižší organizační jednotka součástí

Adresa organizace

PSČ

Telefon

Fax

Vystavil:

Dne:

podpis a razítko zaměstnavatele