



Kód 209

## Přehled o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele

Název a sídlo zaměstnavatele:

Číslo plátce pojistného

Hlášení za měsíc, rok: \_\_\_\_\_

Počet zaměstnanců pojištěných u ZPŠ:

Úhrn vyměřovacích základů zaměstnanců pojištěných u ZPŠ:

Výše pojistného - součet pojistného zaměstnanců pojištěných u ZPŠ:

Dne:

Převzato ZPŠ dne:

--

razítko zaměstnavatele a podpis odpovědného pracovníka

--

razítko ZPŠ a podpis odpovědného pracovníka