

Hromadné oznámenie zamestnávateľa

za obdobie

mesiac

rok

 Názov zamestnávateľa IČO -

POISTENEC APOLLO zdravotná poisťovňa, a.s.											Dátum zmeny			
Por.	Priezvisko	Meno	Titul	Rodné číslo								Začiatok	Kód	Koniec
1.										/				
2.										/				
3.										/				
4.										/				
5.										/				
6.										/				
7.										/				
8.										/				
9.										/				
10.										/				
11.										/				
12.										/				

Potvrdenie platiteľa poistného:

Vystavil (meno a priezvisko):

Pečiatka a podpis zodpovednej osoby:

V dňa