SIDERIA ISTOTA
ZDRUŽENÁ ZDRAVOTNÁ POISŤOVŇA

1	5		

kód poisťovne

HROMADNÉ OZNÁMENIE O POISTENCOCH

za mesiac .....20.....

číslo zamestnávateľa | špec. symbol

(vyplňuje platiteľ)

platiteľ poistného

názov			
adresa	obec	PSČ	typ platiteľa
	ulica	číslo	
	telefón	fax	počet listov/č.

poistenci

p.č.	číslo poistenca (rodné číslo)	priezvisko, meno, titul	platnosť	kód	dátum zmeny
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					