

OZNÁMENIE ZAMESTNÁVATEĽA

o preplatkoch a nedoplatkoch za jednotlivých zamestnancov za rok 2005

podľa § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“)

Oznámenie	Kód zdravotnej poisťovne	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> riadne	<input type="checkbox"/> opravné	<input type="checkbox"/> dodatočné

I. ODDIEL - Údaje o zamestnávateľovi

01	Názov platiteľa poisťného	02	Číslo platiteľa poisťného		
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
03	Rodné číslo/Číslo povolenia k pobytu	04	IČO	05	DIČ
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky

06	Ulica	Číslo	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PSČ	Obec	Číslo telefónu	Číslo faxu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

II. ODDIEL - Výsledok ročného zúčtovania poisťného

Počet zamestnancov	21	<input type="text"/>
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnancov	22	<input type="text"/>
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnávateľa	23	<input type="text"/>
Spolu nedoplatok (+) / preplatok (-) (p.22 + p.23)	24	<input type="text"/>
Neuhradené záväzky zamestnávateľa za rok 2005	25	<input type="text"/>
Ostatné neuhradené záväzky voči zdravotnej poisťovni	26	<input type="text"/>
Spolu nedoplatok (+) / preplatok (-) po započítaní neuhradených záväzkov zamestnávateľa (p.24 + p.25 + p.26)	27	<input type="text"/>

III. ODDIEL - Žiadosť o vrátenie preplatku poisťného zamestnancov a zamestnávateľa ¹⁾

Žiadam o vrátenie preplatku zamestnancov a zamestnávateľa podľa § 19 ods. 12 zákona (p. 27 < 0 Sk)

na účet číslo účtu/banka

IV. ODDIEL - Osoba zodpovedná za vypracovanie oznámenia

Vypracoval (Priezvisko a meno)	Číslo telefónu	Číslo faxu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V. ODDIEL - Miesto na osobitné záznamy zamestnávateľa

Počet strán zoznamu zamestnancov 31 Uvádza sa počet strán zoznamu zamestnancov
Počet ostatných príloh 32 Uvádza sa počet ostatných príloh, ktoré sú súčasťou oznámenia

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v oznámení podľa § 19 ods. 15 zákona sú správne a úplné.

Dátum

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa
odtlačok pečiatky zamestnávateľa

Záznamy zdravotnej poisťovne

Príloha

Zoznam zamestnancov, za ktorých bolo vykonané ročné zúčtovanie poistného

Por. čís.	Rodné číslo zamestnanca/Číslo povolenia k pobytu	Ročné zúčtovanie poistného vykonal ²⁾			Nedoplatok (+)/preplatok (-) zamestnanca	Nedoplatok (+)/preplatok (-) zamestnávateľa
		Zamestnávateľ	Zamestnanec	Iný zamestnávateľ		
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

Strana číslo

Celkový počet strán prílohy

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa
odtlačok pečiatky zamestnávateľa

Vysvetlivky:

- 1) Vypĺňa sa, ak suma v p. 27 je záporná.
- 2) Vyznačí sa, kto vykonal ročné zúčtovanie poisťného za zamestnanca. Ak ročné zúčtovanie poisťného za zamestnanca vykonal iný zamestnávateľ, uvádza sa jeho (t.j. iného zamestnávateľa) číslo platiteľa poisťného.