



# Přehled

o platbě pojistného  
zaměstnavatele

## Přehled o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele

(§ 25 odst. 3 zák. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Typ přehledu

řádný  opravný

Razítko podatelny ZP MV ČR

Formulář bude zpracován elektronicky a není optimalizován pro rozpoznávání ručně psaného písma. Vyplňujte jej, prosím, na psacím stroji nebo elektronicky na PC. Zaškrťovací pole označte křížkem.

0123456789ABCDEFGHIJKLMN OPQRSTUVWXYZ ábčďěfghí jklmňópqrřšťůvwxýz / & @ + - , .

### 1. Identifikace zaměstnavatele

Název zaměstnavatele

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

Identifikační číslo plátce pojistného (IČ)

PSČ

Obec

Telefon

### 2. Údaje o platbě

<b>Hlášení za období:</b>	měsíc (mm)	rok (rrrr)	Počet zaměstnanců pojištěných u ZP MV ČR	Úhrn vyměřovacích základů zaměstnanců pojištěných u ZP MV ČR	Kč
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Výše pojistného - součet pojistného zaměstnanců pojištěných u ZP MV ČR	Kč
				<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 3. Datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto PŘEHLEDU jsou pravdivé a že ohlásím ZP MV ČR všechny změny údajů, a to do 8 dnů ode dne, kdy jsem se o změněné skutečnosti dozvěděl.

Dne (dd.mm.rrrr)

ZP MV ČR kód 211

Razítko a podpis odpovědného pracovníka