



Potvrdzujem správnosť a úplnosť údajov uvedených v tomto oznámení. Som si vedomý, že v prípade uvedenia nepravdivých údajov a/alebo neoznámene zmeny skutočností uvedených v tomto oznámení, môže byť výsledkom môjho ročného zúčtovania poisťového na verejné zdravotné poistenie nedoplatok.

Ak dôjde v priebehu kalendárneho roka **k zmene oznámených skutočností**, oznámim zmenu zamestnávateľovi písomne (napr. v tomto oznámení) a to v lehote do 8 dní od kedy zmena nastala.

Dňa: _____

Podpis zamestnanca

Potvrdenie zamestnávateľa:

Prevzaté dňa: _____

Za zamestnávateľa

ZMENY V ÚDAJOCH UVEDENÝCH V OZNÁMENÍ:

Druh zmeny	Zmena nastala dňa	Dátum oznámenia	Podpis zamestnanca
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____