



**VŠEOBECNÁ  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKY**

VZP - kód 111

**Příhláška  
a  
evidenční list  
zaměstnavatele**

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka VZP ČR

**Plnění oznamovací povinnosti  
zaměstnavatele - plátce pojistného**

přihlášení  změna  odhlášení

(§ 25 zák. č. 592/1992 Sb.)

Formulář bude zpracován elektronicky. Vypĺňujte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrťovací pole označte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č Ď Ě F G H I Í J K L M Ń O Ó P Q Ř S Š ť Ú ů V W X Y Ž

**1a. Identifikace zaměstnavatele (právnické osoby, organizační jednotky právnické osoby nebo fyzické osoby)**

Obchodní název zaměstnavatele - plátce pojistného

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice

Číslo popisné / Číslo orientační

Číslo plátce pojistného

PSČ

Obec

Stát

Právní forma plátce pojistného

Právní subjektivita  
 ano  ne  
právnická osoba fyzická osoba

**1b. Identifikace zaměstnavatele, již je plátce pojistného uvedený v oddíle 1a. součástí**

Obchodní název zaměstnavatele, jehož je nižší organizační jednotka součástí

ADRESA SÍDLA: Ulice

Číslo popisné / Číslo orientační

PSČ

Obec

**1c. Identifikace zaměstnavatele (fyzické osoby)**

Příjmení

Jméno

Titul

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné / Číslo orientační

Číslo pojistněnce (rodné číslo)

PSČ

Obec

**2. Doručovací adresa**

ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ: Ulice

Číslo popisné / Číslo orientační

PSČ

Obec

**3. Bankovní spojení zaměstnavatele**

Bankovní spojení: (předčíslí účtu - číslo účtu / kód banky)

Bankovní spojení: (IBAN)

**4. Kontaktní údaje odpovědného pracovníka**

Příjmení

Jméno

Titul

Postavení vzhledem k zaměstnavateli

Telefon

E-mail

**5. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis zaměstnavatele**

Prohlašuji, že všechny údaje v této Příhlášce a evidenčním listě zaměstnavatele jsou pravdivé a že ohlásím VZP ČR všechny změny údajů, a to nejpozději do 8 dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje.

Datum platnosti vyplněných údajů OD

Vyplněno dne

Počet listů příloh

Razítko a podpis odpovědného pracovníka

VZP 72.01/2018



Počet listů příloh

Vyplněno dne

Razítko a podpis odpovědného pracovníka

## Poučení k formuláři Přihláška a evidenční list zaměstnavatele

### 1. Obecné informace

Formulář se používá k přihlášení do registru zaměstnavatelů zdravotní pojišťovny (dále jen ZP), dále ke sdělení změn údajů a k oznámení ukončení činnosti, zrušení organizace nebo jejího vstupu do likvidace.

Uvedené osobní údaje jsou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR zpracovávány za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění podle právního řádu ČR. Jejich zpracování se řídí obecným nařízením o ochraně osobních údajů (č. 2016/679) a souvisejícími právními předpisy.

#### 1a. Identifikace zaměstnavatele (právnícké osoby, organizační jednotky právnícké osoby nebo fyzické osoby)

Zaměstnavatel uvede název organizace nebo organizační jednotky (zpravidla podle místa mzdové účtárny), která bude plnit povinnosti plátce pojistného. Název je třeba uvést přesně podle výpisu z obchodního rejstříku nebo jiného dokladu. Adresa zaměstnavatele je adresa sídla organizační jednotky, která plní povinnosti plátce pojistného. Číslo plátce pojistného tvoří osmimístné IČO a dvoumístné číslo vnitřní organizační jednotky, je-li přiděleno, např. z důvodu existence více mzdových účtáren. Má-li zaměstnavatel jedinou mzdovou účtárnu, uvede jako dvoumístné číslo vnitřní organizační jednotky „00“. V případech, kdy zaměstnavatel nemá IČO, přiděluje ZP zvláštní číslo plátce pojistného. Doručovací adresu vyplní zaměstnavatel v případě, je-li odlišná od adresy sídla zaměstnavatele. Pokud se do registru přihlašuje nižší organizační složka bez právní subjektivity, musí plátce pojistného vyplnit i oddíl 1b. Zaměstnavatel – fyzická osoba – má vždy právní subjektivitu. Zaměstnavatel uvede právní formu zaměstnavatele např. společnost s ručením omezeným, akciová společnost, veřejná obchodní společnost, komanditní společnost, družstvo atd. Při zapisování je možné použít obecně známých zkratk.

**Stát** – zaměstnavatelem se pro účely zdravotního pojištění rozumí právnícká nebo fyzická osoba, která má sídlo nebo trvalý pobyt **na území ČR**. Kód jiného státu použije zaměstnavatel v případě zaměstnání, které je uzavřeno v souladu s Mezinárodní smlouvou.

#### 1b. Identifikace zaměstnavatele, již je plátce pojistného uvedený v oddíle 1a. součástí

Tento oddíl vyplňuje zaměstnavatel, který v oddíle 1a. přihlásil nižší organizační složku – mzdovou účtárnu, tj. v kolonce Právní subjektivita zaškrtnl „ne“. Název a adresu je nutné uvést přesně podle výpisu z OR nebo jiného dokladu.

#### 1c. Identifikace zaměstnavatele (fyzické osoby)

Zaměstnavatel, který je fyzickou osobou, oznamuje příjmení, jméno, rodné číslo a adresu trvalého bydliště. Zahraniční fyzická osoba uvede z průkazu o povolení k pobytu adresu bydliště v ČR. Pokud nemá tato fyzická osoba přiděleno číslo pojištěnce (rodné číslo), datum narození zadá ve formátu rr.mm.dd/0000 (např. datum narození 17.10.1983 se vyplní 831017/0000).

### 3. Bankovní spojení zaměstnavatele

Zaměstnavatel vyplní číslo bankovního účtu, ze kterého bude provádět platby pojistného za své zaměstnance.

### 4. Kontaktní údaje odpovědného pracovníka

Zaměstnavatel uvede údaje o osobě, která je pověřená komunikací se zdravotní pojišťovnou.

### 5. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Zaměstnavatel vyplní datum, od kdy platí uvedené údaje, datum vystavení formuláře a potvrdí správnost údajů razítkem a podpisem odpovědného pracovníka.

Případné dotazy zodpoví pracoviště VZP ČR nebo klientské centrum VZP ČR, Praha 3, Orlická 4/2020, PSČ 130 00, v době od 8 do 16 hodin na telefonním čísle: 952 222 222; v době od 16 do 8 hodin je na stejném telefonním čísle záznamník. Obecné informace jsou k dispozici na internetové adrese: [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz).

