



**VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**

Hromadné oznámení zaměstnavatele

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka VZP ČR

VZP - kód 111
**Hromadné oznámení
zaměstnavatele za období:**
(§ 10 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb.)

měsíc / rok
 /

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňujte 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 Ň O Ó P Q Ř S Š ť Ú ů V W X Y Ž

1. Identifikace zaměstnavatele

Název zaměstnavatele

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice

Číslo popisné / Číslo orientační
 /

Číslo plátce pojistného
 /

PSČ / Obec / Telefon
 / /

2. Kód změny a identifikace zaměstnanců

Kód / Číslo pojištěnce (rodné číslo) / Datum změny (dd.mm.rrrr)
 / / . .

Příjmení / Jméno
 /

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné / Číslo orientační
 /

PSČ / Obec
 /

Kód / Číslo pojištěnce (rodné číslo) / Datum změny (dd.mm.rrrr)
 / / . .

Příjmení / Jméno
 /

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné / Číslo orientační
 /

PSČ / Obec
 /

Kód / Číslo pojištěnce (rodné číslo) / Datum změny (dd.mm.rrrr)
 / / . .

Příjmení / Jméno
 /

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné / Číslo orientační
 /

PSČ / Obec
 /

Kód / Číslo pojištěnce (rodné číslo) / Datum změny (dd.mm.rrrr)
 / / . .

Příjmení / Jméno
 /

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné / Číslo orientační
 /

PSČ / Obec
 /

3. Datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto OZNÁMENÍ jsou pravdivé a že ohlásím VZP ČR všechny změny údajů, a to nejpozději do 8 dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje.

Razítko a podpis odpovědného pracovníka

VZP 73.01/2018



Číslo listu / počet listů / Vyplněno dne
 / / . .