

Pro: Stavební bytové družstvo Hradec Králové
V Lipkách 894
500 02 Hradec Králové

„ZMĚNOVÝ LIST“

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ PRO ÚČELY ODVODU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ Z FUNKCIONÁŘSKÝCH ODMĚN, PŘÍPADNĚ DOHOD O PRACOVNÍ ČINNOSTI, DPP

S ÚČINNOSTÍ OD NABUDOU/NASTALY NIŽE UVEDENÉ ZMĚNY:

Jméno a příjmení zaměstnance – funkcionáře SBD HK:

rodné číslo:, státní občanství:

adresa:

název a kód zdravotní pojišťovny:

1) Prohlášení zaměstnance SBD HK /nehodící se škrtněte/

(vyplní všichni zaměstnanci /funkcionáři/)

- **Jsem** zaměstnancem, za kterého zaměstnavatel odvádí pojistné alespoň z minimálního vyměřovacího základu, což níže dokládám vyplněným potvrzením
- **Jsem** osobou, za kterou platí pojistné stát, příp. i stát (**zakroužkujte platnou variantu**):
 - Poživatel starobního důchodu
 - Poživatel předčasného starobního důchodu
 - Poživatel invalidního důchodu (I., II., III. stupeň)
 - Poživatel rodičovského příspěvku
 - Student (nezaopatřené dítě do 26 let)
 - „Pečující osoba“ dle § 3 odst. 8 c) zák. č. 48/1997 Sb., v pl. zn.
 - Poživatel vdovského/vdoveckého důchodu
 - Držitel průkazu ZTP nebo ZTP/P podle zvlášť. práv. předpisu
 - Uchazeč o zaměstnání (evidence na ÚP)
- **Jsem** OSVČ, výdělečná činnost je mým hlavním zdrojem příjmů, pravidelně si platím ve zdravotním pojištění alespoň minimální zálohy na pojistné
- **Nejsem** osobou začleněnou do výše uvedených kategorií

Čestně prohlašuji, že jsem údaje vyplnil pravdivě a úplně, a případné změny výše uvedených skutečností ohlásím nejpozději do 8 dnů ode dne této změny, a to písemnou formou mzdové účtárně SBD HK.

Datum a podpis zaměstnance/funkcionáře SBD HK:

2) Potvrzení zaměstnavatele

(týká se pouze zaměstnanců/funkcionářů SBD HK, kteří mají příjmy od dalšího zaměstnavatele a nejsou osobou, za kterou platí pojistné i stát)

Potvrzujeme tímto, že za našeho zaměstnance pana (paní)

nar., bytem

odvádíme pojistné na zdravotní pojištění alespoň z minimálního vyměřovacího základu.

Vystaveno dne:

.....
razítko a podpis zaměstnavatele