



OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN  
A STAVEBNICTVÍ

# Příhláška /oznámení změn/ zaměstnavatele

platnou variantu označte v rámečku X

PŘIHLÁŠENÍ PLÁTCE

OZNÁMENÍ ZMĚN KE DNI\*

kód pojišťovny

**207**

\* Hlásíte-li pomocí tohoto formuláře **změny údajů**, označte laskavě pro větší přehlednost křížkem oddíl, kterého se změna týká. Děkujeme.

ZÁKLADNÍ ÚDAJE	<b>I. ZAMĚSTNAVATEL – PLÁTCE POJISTNÉHO</b>			
	<b>IČ</b>		<b>Obchodní jméno</b> (nutno přiložit <u>kopii dokladu, opravňujícího k provozování činnosti - např. Živnostenského listu, výpisu z Obchodního rejstříku apod.</u> )	
	<b>Specifikace*</b>	* Číslo vnitřní organizační jednotky (je-li samostatným plátcem pojistného, jinak uvést 00)		
	<b>Obor činnosti:</b>			
	<b>Právní forma:</b>			
	<b>II. ADRESA</b>			
	<b>PSC</b>		<b>Místo</b>	<b>Ulice, číslo</b>
	<b>TELEFON</b> (včetně předvolby):		<b>FAX:</b>	
			<b>E - mail:</b>	
	<b>III. BANKOVNÍ SPOJENÍ</b> (pro platby pojistného)			
<b>Směrový kód banky</b>	<b>Název banky - pobočky</b>	<b>Číslo účtu</b>	<b>Specifický symbol - (Č.sporozírového účtu)</b>	
POUZE FYZICKÁ OSOBA	<b>IV. VYPLNÍ POUZE ZAMĚSTNAVATEL – FYZICKÁ OSOBA</b>			
	<b>Rodné číslo</b>		<b>Příjmení</b>	<b>Jméno</b>
			<b>Titul</b> (před/za jménem)	<b>Pohlaví</b>
			<b>Státní příslušnost</b>	
			Muž <input type="checkbox"/>	Žena <input type="checkbox"/>
	<b>ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ</b>			
<b>PSC</b>		<b>Místo</b>	<b>Ulice, číslo</b>	
<b>TELEFON</b> (včetně předvolby):			<b>FAX</b>	

Kalendářní den výplaty mezd:

Odpovědný pracovník pro styk s OZP – útvar, pracovník, spojení:

## V. ZÁVĚREČNÁ UPOZORNĚNÍ A PROHLÁŠENÍ

K vyplněné přihlášce přiložte kopii dokladu, který Vás opravňuje k provozování činnosti – např. výpis z Obchodního rejstříku, Živnostenský list, rozhodnutí Českého statistického úřadu. Nižší organizační jednotka, která je plátcem pojistného, přiloží tuto kopii dokumentu nadřízené organizace, která má právní subjektivitu.

**PROHLAŠUJEME**, že jsme vzali na vědomí

- že variabilní symbol, pod kterým budeme provádět platby pojistného na zdravotní pojištění musí být desetimístný a musí být složen z IČO a specifikace, uvedené v části I. této přihlášky
- svoji povinnost oznamovat nejpozději do 8 mi dnů změny týkající se údajů uvedených v této přihlášce a dále ukončení své činnosti, zrušení organizace nebo její vstup do likvidace
- povinnost OZP penalizovat bez výjimky všechny platby pojistného, které nebyly poukázány v den splatnosti pojistného, nebo ve správné výši byly poukázány pod jiným variabilním symbolem než je výše uvedeno
- doporučení neprodleně oznámit změnu výplatního termínu – dne splatnosti pojistného, jako prevenci případné penalizace z titulu pozdní úhrady pojistného

**Prohlašujeme, že uvedené údaje jsou úplné a odpovídají skutečnosti.**

datum, razítko zaměstnavatele a podpis odpovědného pracovníka

BANK.SPOJENÍ OZP	<b>VI. INFORMACE O BANKOVNÍM SPOJENÍ OZP</b>					
	<b>Pojistné laskavě zasílejte na účet:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Směrový kód  Číslo účtu  Variabilní symbol  Konstantní symbol </div> <div> 0100 Komerční banka Praha 7  10006 – 18432071  musí být 10 místný (<b>IČO</b> + <b>specifikace</b> uvedené v Části I., této přihlášky)  3558 (při převodu z účtu)  3559 (při úhradě poštovní poukázkou) </div> </div>					
VYPLNÍ OZP	<b>VII. VYPLNÍ OZP</b>	Převzala OZP	Vráceno zpět	Převzala OZP		Způsob převzetí
	Označení referenta					<input type="checkbox"/> osobně
	Datum					<input type="checkbox"/> poštou
	Poznámka					<input type="checkbox"/> jinak
	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin: 0 auto; text-align: center; line-height: 80px;"> </div>					
	Č.j. ....	Zpracoval: Datum / Podpis referenta/osobní číslo .....				

## POUČENÍ

### IČO

### Specifikace

xx = 00

xx = 01-98

xx=99

### Obchodní jméno

### Obor činnosti

### Právní forma

### Adresa

### Telefon, fax, E-mail

### Zaměstnavatel - fyzická osoba

### Kalendářní den výplaty mezd

### Odpovědný pracovník pro styk OZP

- identifikační číslo organizace
- číslo vnitřní organizační jednotky – xx (2 místa), kde:
- je-li v rámci IČO jeden plátců pojistného
- je-li v rámci jednoho IČO více plátců pojistného (účetáren) a kde je možné provést kontrolu plateb pojistného. Zaměstnavatel při očíslování každého plátce zajistí, aby nedošlo k duplicitě ve specifikaci
- OZP přidělí na prvních osmi místech číslo plátců pojistného, na základě zdůvodněné písemné žádosti zaměstnavatele, který nemá IČO
- název organizace, která bude plnit povinnosti plátce pojistného. Hlásí-li se nižší organizační jednotka, uvede vedle obchodního jména nadřazené organizace svůj upřesňující název.
- bankovníctví, školství, zdravotnictví, zemědělství, apod.
- spol. s r.o., a.s., s.p., f.o., apod.
- sídelní adresa zaměstnavatele nebo adresa organizační jednotky, která bude plátcem pojištění.
- telefon i fax se uvede včetně předvolby
- vyplní všechny příslušné údaje
- je dnem splatnosti pojistného. U zaměstnavatele, kde je výplata rozložena na různé dny, je dnem splatnosti pojistného poslední den výplaty za uplynulý měsíc. Není-li tento den určen, je pojistné splatné nejpozději do osmi dnů po uplynutí kalendářního měsíce, za nějž se odvede.
- jméno, telefon a adresa, pokud není totožná s adresou zaměstnavatele.