

**VZOR**  
**OZNÁMENIE ZAMESTNÁVATEĽA**

**o preplatkoch a nedoplatkoch za jednotlivých zamestnancov za rok 2005**

podľa § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“)

Oznámenie <input type="checkbox"/> riadne <input type="checkbox"/> opravné <input type="checkbox"/> dodatočné	Kód zdravotnej poisťovne <input style="width: 100%;" type="text"/>
--	--

**I. ODDIEL – Údaje o zamestnávateľovi**

01 Názov platiteľa poisťného <input style="width: 95%;" type="text"/>	02 Číslo platiteľa poisťného <input style="width: 95%;" type="text"/>		
03 Rodné číslo/Číslo povolenia na pobyt <input style="width: 95%;" type="text"/>	04 IČO <input style="width: 95%;" type="text"/>	05 DIČ <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<b>Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky</b>			
06 Ulica <input style="width: 95%;" type="text"/>	Číslo <input style="width: 95%;" type="text"/>		
PSC <input style="width: 95%;" type="text"/>	Obec <input style="width: 95%;" type="text"/>	Číslo telefónu <input style="width: 95%;" type="text"/>	Číslo faxu <input style="width: 95%;" type="text"/>
E-mail <input style="width: 95%;" type="text"/>			

**II. ODDIEL – Výsledok ročného zúčtovania poisťného**

Počet zamestnancov	21	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnancov	22	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnávateľa	23	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Spolu nedoplatok (+) / preplatok (-) (p. 22 + p. 23)	24	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Neuhradené záväzky zamestnávateľa za rok 2005	25	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Ostatné neuhradené záväzky voči zdravotnej poisťovni	26	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Spolu nedoplatok (+) / preplatok (-) po započítaní neuhradených záväzkov zamestnávateľa (p. 24 + p. 25 + p. 26)	27	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**III. ODDIEL – Žiadosť o vrátenie preplatku poisťného zamestnancov a zamestnávateľa <sup>1)</sup>**

Žiadam o vrátenie preplatku zamestnancov a zamestnávateľa podľa § 19 ods. 12 zákona (p. 27 < 0 Sk)

na účet – číslo účtu / banka

**IV. ODDIEL – Osoba zodpovedná za vypracovanie oznámenia**

Vypracoval (Priezvisko a meno)	Číslo telefónu	Číslo faxu
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**V. ODDIEL – Miesto na osobitné záznamy zamestnávateľa**

Počet strán zoznamu zamestnancov    31        Uvádza sa počet strán zoznamu zamestnancov.  
Počet ostatných príloh    32        Uvádza sa počet ostatných príloh, ktoré sú súčasťou oznámenia.

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v oznámení podľa § 19 ods. 15 zákona sú správne a úplné.

Dátum

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa  
Odtlačok pečiatky zamestnávateľa

**Záznamy zdravotnej poisťovne**

## Príloha

## Zoznam zamestnancov, za ktorých bolo vykonané ročné zúčtovanie poistného

Por. čís.	Rodné číslo zamestnanca/Číslo povolenia na pobyt	Ročné zúčtovanie poistného vykonal <sup>2)</sup>			Nedoplatok (+)/preplatok (-) zamestnanca	Nedoplatok (+)/preplatok (-) zamestnávateľa
		Zamestnávateľ	Zamestnanec	Iný zamestnávateľ		
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

Strana číslo

Celkový počet strán prílohy

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa

Odtlačok pečiatky zamestnávateľa

**Vysvetlivky:**

- 1) Vypĺňa sa, ak suma v p. 27 je záporná.
- 2) Vyznačí sa, kto vykonal ročné zúčtovanie poistného za zamestnanca. Ak ročné zúčtovanie poistného za zamestnanca vykonal iný zamestnávateľ, uvádza sa jeho (t. j. iného zamestnávateľa) číslo platiteľa poistného.