

O Z N Á M E N I E

údajov k ročnému prerozdeleniu na verejné zdravotné poistenie podľa § 27a ods. 2 písm. d) zákona
za rok.....

Názov zdravotnej poisťovne:

IČO:

Banka:

Číslo bankového účtu:

Číslo	Kód	Názov	Počet poistencov zaradených do farmaceuticko-nákladových skupín
1			
2			
3			
...			
Počet poistencov spolu			

Vypracoval:

Telefónne číslo:

E- mail zodpovednej:

V..... dňa.....

.....
podpis osoby oprávnenej konať v mene zdravotnej poisťovne
odtlačok pečiatky