

O Z N Á M E N I E
údajov k mesačnému prerozdeleniu preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie
podľa § 27 ods. 2 písm. e) zákona
za mesiac..... 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 osoby:

V..... dňa.....

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