

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

Názov zdravotnej poisťovne:

IČO:

Číslo účtu v Štátnej pokladnici:

Poradové číslo	Kód	Názov farmaceuticko-nákladovej skupiny	Počet poistencov zaradených do farmaceuticko-nákladovej skupiny
Počet poistencov spolu			

Vypracoval (meno, priezvisko, e-mailová adresa a podpis)

V..... dňa.....

Telefónne číslo:

.....
Meno, priezvisko, funkcia a podpis osoby oprávnenej konať v mene zdravotnej
poisťovne
odtlačok pečiatky