

Potvrzení o platbě zdravotního pojištění

Potvrzujeme, že za pana/í, narozeného dne,

bytem, který je u naší společnosti.....

zaměstnán od, je odváděno pojistné na zdravotní pojištění alespoň z minimálního vyměřovacího základu,

kterým je minimální mzda.

Potvrzení se vydává na vlastní žádost zaměstnance pro účely výpočtu zdravotního pojištění u dalšího zaměstnavatele.

V dne:

.....
razítko a podpis

Místopřísežné prohlášení zaměstnance

Prohlašuji, že jsem zaměstnán u výše uvedené společnosti a je za mne touto společností odváděno zdravotní pojištění z minimálního vyměřovacího základu. Zavazuji se v případě ukončení pracovního vztahu s tímto zaměstnavatelem nebo v případě jakékoliv změny týkající se platby zdravotního pojištění tuto skutečnost oznámit zaměstnavateli, kterému předložím toto potvrzení do 5 pracovních dnů.

Vdne:

.....
Podpis zaměstnance