

OZNÁMENIE údajov k mesačnému prerozdeleniu preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie podľa § 27 ods. 2 písm. d) zákona za mesiac 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