

OZNÁMENIE ZAMESTNÁVATEĽA**o preplatkoch a nedoplatkoch za jednotlivých zamestnancov za rok 2008**

podľa § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“)

Oznámenie	Kód zdravotnej poisťovne	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> riadne	<input type="checkbox"/> opravné	<input type="checkbox"/> dodatočné

I. ODDIEL - Údaje o zamestnávateľovi

01	Názov platiteľa poisťného	02	Číslo platiteľa poisťného		
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
03	Rodné číslo / Číslo povolenia na pobyt	04	IČO	05	DIČ
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky					
06	Ulica	Číslo			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
PSČ		Obec		Číslo telefónu	Číslo faxu
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mailová adresa					
<input type="text"/>					

II. ODDIEL - Výsledok ročného zúčtovania poisťného

Počet zamestnancov	21	<input type="text"/>
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnancov v eurách	22	<input type="text"/>
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnávateľa v eurách	23	<input type="text"/>
Spolu nedoplatok (+) / preplatok (-) (p.22 + p.23) v eurách	24	<input type="text"/>
Upravený nedoplatok / preplatok ¹⁾ v eurách	25	<input type="text"/>

III. ODDIEL - Žiadosť o vrátenie preplatku poisťného zamestnancov a zamestnávateľa ¹⁾

Žiadam o vrátenie preplatku zamestnancov a zamestnávateľa podľa § 19 ods. 12 zákona (ak preplatok v p.24 \geq 3 eurá)

na účet číslo účtu/kód banky

IV. ODDIEL - Osoba zodpovedná za vypracovanie oznámenia

Vypracoval (Priezvisko a meno)	Číslo telefónu	Číslo faxu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail		
<input type="text"/>		

V. ODDIEL - Miesto na osobitné záznamy zamestnávateľa

Počet strán zoznamu zamestnancov 31 Uvádza sa počet strán zoznamu zamestnancov
 Počet ostatných príloh 32 Uvádza sa počet ostatných príloh, ktoré sú súčasťou oznámenia
 Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v oznámení podľa § 19 ods. 15 zákona sú úplné a správne.

Dátum

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa
a odtlačok pečiatky zamestnávateľa

Záznamy zdravotnej poisťovne

Príloha

Zoznam zamestnancov, za ktorých bolo vykonané ročné zúčtovanie poistného

Por. čís.	Rodné číslo zamestnanca/Číslo povolenia na pobyt	Ročné zúčtovanie poistného vykonal ²⁾			Nedoplatok (+) / preplatok (-) zamestnanca v eurách ¹⁾	Nedoplatok (+) / preplatok (-) zamestnávateľa v eurách ¹⁾
		Zamestnávateľ	Zamestnanec	Iný zamestnávateľ		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Strana číslo

Celkový počet strán prílohy

Meno, priezvisko a podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa
a odtlačok pečiatky zamestnávateľa

Vysvetlivky k prílohe 14:

Skratka „p.“ znamená skratku slova položka.

Ak je viac možností, zvolená možnosť sa označí písmenom X.

V položkách Rodné číslo/Číslo povolenia na pobyt sa uvádza rodné číslo, ak poistenec rodné číslo nemá, uvádza sa číslo povolenia na pobyt.

Údaje sa uvádzajú v eurách.

- 1) Ak je nedoplatok nižší ako 3 eurá, uvádza sa nula. Ak je preplatok nižší ako 3 eurá, uvádza sa nula.
- 2) Vyznačí sa, kto vykonal ročné zúčtovanie poistného za zamestnanca. Ak ročné zúčtovanie poistného za zamestnanca vykonal iný zamestnávateľ, uvádza sa jeho (t. j. iného zamestnávateľa) číslo platiteľa poistného.