

Poučení k formuláři „Příhláška a evidenční list zaměstnavatele“

IČO	identifikační číslo organizace (8 míst)	
Číslo vnitřní organizační jednotky	xx (2 místa), kde:	
	xx = 00	je-li v rámci IČO jeden plátce pojistného
	xx = 01-98	je-li v rámci jednoho IČO více plátců pojistného (účtáren) a kde je možné provést kontrolu plateb pojistného
	xx = 99	VoZP přidělí na prvních osmi místech číslo plátcí pojistného, na základě zdůvodněné písemné žádosti zaměstnavatele, který nemá IČO
Obchodní název	název organizace, která bude plnit povinnosti plátce pojistného. Hlásí-li se nižší organizační jednotka, uvede vedle obchodního jména nadřízené organizace svůj upřesňující název	
Zaměstnavatel – fyzická osoba	vyplní všechny příslušné údaje	
Kontaktní osoba pro styk s VoZP	jméno, telefon a adresa, pokud není totožná s adresou zaměstnavatele	

Zaměstnavatelé jsou povinni v rámci oznamovací povinnosti sdělit zdravotní pojišťovně:

- obchodní název,
- právní formu právnické osoby,
- sídlo organizace,
- identifikační číslo organizace (pokud organizace je členěna na vnitřní organizační jednotky a tyto jednotky budou platit zdravotní pojištění samostatně, je třeba vést i číslo vnitřní organizační jednotky,
- číslo bankovního účtu, pokud z něj budou provádět platbu pojistného, číslo telefonu, faxu.

Příhláška musí být datována, opatřena razítkem a podpisem odpovědného pracovníka. Zaměstnavatel je povinen skutečnosti uvedené v odrážkách 1 až 4 doložit kopií zřizovací listiny nebo kopií živnostenského listu.

Zaměstnavatelé jsou povinni oznámit zdravotní pojišťovně, které odvádějí pojistné, do osmi dnů změnu výše uvedených údajů a dále ukončení své činnosti, zrušení organizace nebo její vstup do likvidace.

INFORMACE O BANKOVNÍM SPOJENÍ VoZP ČR

Pojistné laskavě zasílejte na účet:

ČSOB č. účtu: 2010201091/0710

Penále: 2010500091/0710 (u penále se uvádí specifický symbol 100000)

Zaměstnavatelé poukazují platby pod variabilním symbolem svého IČ, což je jediný identifikační znak plátce.