

PRIHLÁŠKA
 ODHLÁŠKA PLATITEĽA POISTNÉHO
 OZNÁMENIE O ZMENÁCH PLATITEĽA POISTNÉHO

Kód poisťovne **2 7 0 0**
 Číslo platiteľa

Údaje o platiteľovi

Názov platiteľa poistného		IČO	
Adresa platiteľa/Ulica		Číslo ID	
Popisné číslo	PSČ	Obec	
Právna forma	Telefón	Fax	E-mail
Deň výplaty príjmov (deň úhrady poistného)			
Deň vzniku oznamovacej povinnosti			
Odhlásenie z registra platiteľov			
Dôvod odhlásenia			
Archivácia dokladov – Názov a adresa organizácie			
Adresa	Obec	PSČ	
	Ulica	Číslo	
	E-mail	Telefón	Fax
Bankové spojenie (číslo účtu/kód banky)			
Spôsob úhrady preddavku <input type="checkbox"/> prevodom z účtu <input type="checkbox"/> v hotovosti <input type="checkbox"/> poštovou poukážkou			
V zmysle § 10 ods. 6 zákona č. 428/2002 Z.z. udeľujem súhlas s vytvorením fotokópie nižšie uvedených dokladov a so spracovaním osobných údajov uvedených v informačnom systéme Union zdravotnej poisťovne, a.s., na účely zdravotného poistenia. Súhlas je platný a neodvolateľný po dobu stanovenú zákonom č. 581/2004 Z.z., zákonom č. 431/2002 Z.z. v znení neskorších predpisov a zákonom č. 395/2002 Z.z.			
<input type="checkbox"/> súhlasím <input type="checkbox"/> nesúhlasím			

Potvrdenie platiteľa poistného

Vystavil (meno, priezvisko)	Pečiatka a podpis zodpovednej osoby
Telefón	
Fax	
Dátum	

Potvrdenie poisťovne

Číslo účtu poisťovne pre platbu poistného	7 0 0 0 2 5 6 5 3 4 8 1 8 0	Pečiatka poisťovne a podpis oprávnenej osoby
Konštantný symbol	3 5 5 8 Špecifický symbol (RRRRMM)	
Variabilný symbol		
Dátum		

Poznámky