

# Zahájení / přerušení / ukončení samostatné výdělečné činnosti



Příjmení, jméno, titul: ..... Rodné číslo: /

Adresa trvalého bydliště: .....

..... PSČ:

Telefon, mobil, e-mail: .....

Označte prosím příslušná pole:

## Samostatnou výdělečnou činnost:\*

- zahajuji dne: .....
- přerušuji ode dne: .....
- ukončuji dne: .....

## Samostatnou výdělečnou činnost vykonávám na základě:\*

- živnostenského listu, IČ: .....
- jiného oprávnění k činnosti, IČ: .....

## Samostatnou výdělečnou činnost vykonávám jako osoba spolupracující:\*

- na živnostenský list, IČ: ..... Podpis držitele ŽL: .....

## Platby zdravotního pojištění hradím:\*

- převodem z bankovního účtu, kód banky: ..... Číslo účtu: .....
- poštovní složenkou
- v hotovosti na pokladně ZPŠ

## Vedle samostatné výdělečné činnosti:\*

- nevykonávám zaměstnání
- vykonávám zaměstnání, které:
  - je hlavním zdrojem mých příjmů
  - není hlavním zdrojem mých příjmů

## Jsem osobou, za kterou je plátcem veřejného zdravotního pojištění stát (důchodce, student apod.):\*

- ano
- ne

V případě jakékoliv změny plátce pojistného nahlásím dle oznamovací povinnosti tuto skutečnost zdravotní pojišťovně **nejpozději do 8 dnů**.

Tímto prohlášením na sebe přejímám následky nepravdivosti údajů, které jsem uvedl(a).

**Datum:** ..... **Podpis:** .....

\*  změnu označte dle vzoru

