



Zahájení / přerušení / ukončení samostatné výdělečné činnosti

Příjmení, jméno, titul: Rodné číslo (číslo pojištěnce):

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

