OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN A STAVEBNICTVÍ

Počet listů / List č.

HROMADNÉ OZNÁMENÍ ZAMĚSTNAVATELE

Kód 2 0 7

za měsíc/rok

Název a sídlo zaměstnavatele

Číslo plátce pojistného

Kód	Číslo pojištěnce OZP	Příjmení a jméno	Datum změny (dd.mm.rrrr)
	Ulice, č.p.	*Obec*	*PSČ*

Dne:

razítko zaměstnavatele a podpis odpovědného pracovníka