

# OZNÁMENIE ZAMESTNÁVATEĽA

## o preplatkoch a nedoplatkoch za jednotlivých zamestnancov za rok 2005

podľa § 19 zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“)

Oznámenie	Kód zdravotnej poisťovne	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> riadne	<input type="checkbox"/> opravné	<input type="checkbox"/> dodatočné

### I. ODDIEL – Údaje o zamestnávateľovi

01	Názov platiteľa poisťného	02	Číslo platiteľa poisťného		
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
03	Rodné číslo/Číslo povolenia na pobyt	04	IČO	05	DIČ
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

### Sídlo alebo miesto podnikania na území Slovenskej republiky

06	Ulica	Číslo	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PSČ	Obec	Číslo telefónu	Číslo faxu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

### II. ODDIEL – Výsledok ročného zúčtovania poisťného

Počet zamestnancov	21	<input type="text"/>
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnancov	22	<input type="text"/>
Výsledný nedoplatok (+) / preplatok (-) za zamestnávateľa	23	<input type="text"/>
Spolu nedoplatok (+) / preplatok (-) (p. 22 + p. 23)	24	<input type="text"/>
Neuhradené záväzky zamestnávateľa za rok 2005	25	<input type="text"/>
Ostatné neuhradené záväzky voči zdravotnej poisťovni	26	<input type="text"/>
Spolu nedoplatok (+) / preplatok (-) po započítaní neuhradených záväzkov zamestnávateľa (p. 24 + p. 25 + p. 26)	27	<input type="text"/>

### III. ODDIEL – Žiadosť o vrátenie preplatku poisťného zamestnancov a zamestnávateľa <sup>1)</sup>

Žiadam o vrátenie preplatku zamestnancov a zamestnávateľa podľa § 19 ods. 12 zákona (p. 27 < 0 Sk)

<input type="checkbox"/> na účet – číslo účtu / banka	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	----------------------	----------------------

### IV. ODDIEL – Osoba zodpovedná za vypracovanie oznámenia

Vypracoval (Priezvisko a meno)	Číslo telefónu	Číslo faxu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### V. ODDIEL – Miesto na osobitné záznamy zamestnávateľa

<input type="text"/>
----------------------

Počet strán zoznamu zamestnancov 31  Uvádza sa počet strán zoznamu zamestnancov.  
Počet ostatných príloh 32  Uvádza sa počet ostatných príloh, ktoré sú súčasťou oznámenia.  
Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v oznámení podľa § 19 ods. 15 zákona sú správne a úplné.

<input type="text"/>
----------------------

Dátum

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa  
Odtlačok pečiatky zamestnávateľa

### Záznamy zdravotnej poisťovne

<input type="text"/>
----------------------

## Príloha

## Zoznam zamestnancov, za ktorých bolo vykonané ročné zúčtovanie poistného

Por. čís.	Rodné číslo zamestnanca/Číslo povolenia na pobyt	Ročné zúčtovanie poistného vykonal <sup>2)</sup>			Nedoplatok (+)/preplatok (-) zamestnanca	Nedoplatok (+)/preplatok (-) zamestnávateľa
		Zamestnávateľ	Zamestnanec	Iný zamestnávateľ		
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

Strana číslo

Celkový počet strán prílohy

Podpis osoby zodpovednej za vypracovanie oznámenia zamestnávateľa

Odtlačok pečiatky zamestnávateľa

**Vysvetlivky:**

- 1) Vypĺňa sa, ak suma v p. 27 je záporná.
- 2) Vyznačí sa, kto vykonal ročné zúčtovanie poistného za zamestnanca. Ak ročné zúčtovanie poistného za zamestnanca vykonal iný zamestnávateľ, uvádza sa jeho (t. j. iného zamestnávateľa) číslo platiteľa poistného.