



TC89046000010

Název zaměstnavatele:

Číslo smlouvy o spolupráci /
Podmínek úhrady:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MIMOŘÁDNÉ PŘÍSPĚVKY ZAMĚSTNAVATELE

Úhradu jednotlivých mimořádných příspěvků proved'te nejdříve 14 dní a nejpozději do 2 měsíců po nahlášení záměru.

č.	Příjmení zaměstnance	Jméno zaměstnance	Číslo pojistné smlouvy	Výše příspěvku v Kč
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				

Dne:

Za zaměstnavatele:

Z důvodu čitelnosti čárových kódů u jednotlivých (viz. přílohy) formulářů používejte kvalitních tiskáren a nepoužívejte nekvalitní faxovou, případně kopírovanou verzi formulářů. Pro zasílání formulářů doporučujeme použití e-mailu.

Všechny formuláře jsou k dispozici na internetových stránkách www.cpoj.cz