



Název zaměstnavatele:

Číslo smlouvy o spolupráci /
Podmínek úhrady:

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

ZRUŠENÍ PŘÍSPĚVKU ZAMĚSTNAVATELE

č.	Příjmení zaměstnance	Jméno zaměstnance	Číslo pojistné smlouvy	Datum účinnosti	Osobní číslo zaměstnance
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

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 zaslání formulářů doporučujeme použití e-mailu.

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