



TC89045000019

Název zaměstnavatele:

Číslo rámcové smlouvy původní:

ZRUŠENÍ PŘÍSPĚVKU ZAMĚSTNAVATELE

č.	Příjmení zaměstnance	Jméno zaměstnance	Číslo pojistné smlouvy	Datum účinnosti zrušení
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 zasílání formulářů doporučujeme použití e-mailu.

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