



VŠEOBECNÁ  
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKY

# Hromadné oznámení zaměstnavatele

VZP - kód 111

## Hromadné oznámení zaměstnavatele za období:

(§ 10 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb.)

Období (MM/RRRR)

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka VZP ČR

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňujte jej, prosím, předepsaným typem písma Courier New Bold 11.

### 1. Identifikace zaměstnavatele

Název zaměstnavatele

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice

Číslo popisné / číslo orientační

Číslo plátce pojistného

PSČ

Obec

Telefon

### 2. Kód změny a identifikace zaměstnanců

Kód

Číslo pojištění (rodné číslo)

Datum změny (DD.MM.RRRR)

Příjmení

Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné / číslo orientační

PSČ

Obec

Kód

Číslo pojištění (rodné číslo)

Datum změny (DD.MM.RRRR)

Příjmení

Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné / číslo orientační

PSČ

Obec

Kód

Číslo pojištění (rodné číslo)

Datum změny (DD.MM.RRRR)

Příjmení

Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné / číslo orientační

PSČ

Obec

Kód

Číslo pojištění (rodné číslo)

Datum změny (DD.MM.RRRR)

Příjmení

Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné / číslo orientační

PSČ

Obec

### 3. Datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto OZNÁMENÍ jsou pravdivé a že ohlásím VZP ČR všechny změny údajů, a to nejpozději do 8 dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje.

VZP 73.51/2018



Číslo listu/počet listů

Vyplněno dne (DD.MM.RRRR)

Razítko a podpis odpovědného pracovníka