

HROMADNÉ OZNÁMENÍ ZAMĚSTNAVATELE 199

Kód 1 1 1

Název a sídlo zaměstnavatele:

Číslo plátce
pojištění

Kód	Číslo pojištěnce VZP	Příjmení a jméno	Datum změny den.měsíc.rok

Vysvětlivky k vyplňování jednotlivých položek a jejich význam jsou uvedeny v POUČENÍ k formuláři HROMADNÉ OZNÁMENÍ ZAMĚSTNAVATELE.

Dne:

VZP - 73b/1997
výtiskeno programem FormFiller

razítko zaměstnavatele a podpis odpovědného pracovníka