**Súpis k hromadne podávaným návrhom na vydanie rozhodnutia platobným výmerom z titulu pohľadávok na zdravotné poistenie a**

**na verejné zdravotné poistenie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Por. č.** | **číslo návrhu** | **variabilný symbol** | **suma pohľadávky v €1)** | **výška poplatku v €** | **Meno a priezvisko/ názov/obchodné meno platiteľa poistného** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |

1. **Uvádza sa suma uplatnená v návrhu na vydanie platobného výmeru**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **suma v € spolu** |
| **Číslo dávky:** |  |  |  |  |
| **Dátum podania:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Odovzdal\*:** |  |  |  |
| **Meno, priezvisko a podpis zamestnanca zdravotnej poisťovne (osoby oprávnenej):** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Prevzal\*:** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **\* neplatí pre doručenie poštou** |  |