

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ úrad pre</li> <li>■ dohľad nad</li> <li>■ zdravotnou</li> <li>■ starostlivosťou</li> </ul>	<b>Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou</b> Želova 2, 829 24 Bratislava  <b>Potvrdenie zamestnávateľa o uzatvorení pracovného pomeru, obdobného pracovného pomeru alebo iného pracovnoprávneho vzťahu zamestnanca bez trvalého pobytu na území Slovenskej republiky</b>	Strana 1 z 1
---	--	--------------

**Potvrdenie zamestnávateľa o uzatvorení pracovného pomeru, obdobného pracovného pomeru alebo iného pracovnoprávneho vzťahu zamestnanca bez trvalého pobytu na území Slovenskej republiky\***

Zamestnávateľ (názov): .....

Sídlo zamestnávateľa: .....

IČO: .....

**potvrďuje, že zamestnanec**

Meno a priezvisko:

.....

Dátum narodenia:.....Rodné číslo/BIC\*\*.....

Štátna príslušnosť:.....

Adresa trvalého pobytu (adresa v zahraničí - názov štátu, obec, ulica, číslo domu, PSČ):

.....

Adresa prechodného pobytu/kontaktná adresa (adresa na území SR):

.....

uzatvoril pracovný pomer/iný pracovnoprávny vzťah odo dňa..... na dobu určitú/neurčitý čas

do\*\*\* .....

Miesto dohodnutého výkonu práce (presná adresa):

.....

Hodnota úväzku ..... hodina/mesiac

Dohodnutá mesačná mzda/dohodnutá hodinová mzda/dohodnutá odmena\*\*\*  
v eurách:.....

Týmto čestne vyhlasujeme, že všetky údaje uvedené v tomto potvrdení sú pravdivé. Potvrdenie vydáva zamestnávateľ pre účely zdravotnej poisťovne.

Vybavuje: ..... V .....dňa .....

.....  
podpis a odtlačok pečiatky zamestnávateľa

Poznámka:

\* § 3 ods. 3 písm. a) o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (v znení zákona č. 718/2004 Z. z.)

\*\* ak je pridelené

\*\*\* nehodiace sa prečiarknite