

 ÚRAD PRE DOHLAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Želova 2, 829 24 Bratislava Potvrdenie zamestnávateľa o uzatvorení pracovného pomeru, obdobného pracovného pomeru alebo iného pracovnoprávneho vzťahu zamestnanca bez trvalého pobytu na území Slovenskej republiky	Strana 1 z 2
---	--	---------------------

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:

potvrdzuje, že zamestnanec

Meno a priezvisko:

.....

.....

Dátum narodenia:.....**Rodné**

číslo/Bič:**.....

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:.....

 ÚRAD PRE DOHLAD NAD ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU	Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou Želova 2, 829 24 Bratislava Potvrdenie zamestnávateľa o uzatvorení pracovného pomeru, obdobného pracovného pomeru alebo iného pracovnoprávneho vzťahu zamestnanca bez trvalého pobytu na území Slovenskej republiky	Strana 2 z 2
---	--	---------------------

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