

Přehled
o platbě pojistného
zaměstnavatele

OZP kód 207

**Přehled o platbě pojistného
na zdravotní pojištění zaměstnavatele**

(§ 25 odst.3 zák. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Typ přehledu
řádný ☒ opravný ☐

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka OZP

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

1. Identifikace zaměstnavatele

Název zaměstnavatele

North Carolina State University, organizační složka

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice

Michalská

Číslo popisné / číslo orientační

430/3

Číslo plátce pojistného

2764217800

PSČ

110 00

Obec

Praha 1

Telefon

225 335 408

2. Údaje o platbě

Hlášení za období:

Období (MM/RRRR)

4/2013

Úhrn vyměřovacích základů zaměstnanců pojištěných u OZP

87053.00

Kč

Počet zaměstnanců pojištěných u OZP

2

Výše pojistného - součet pojistného zaměstnanců pojištěných u OZP

11753.00

Kč

3. Datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

*Prohlašuji, že všechny údaje v tomto PŘEHLEDU jsou pravdivé a že ohlásím OZP
všechny změny údajů, a to do 8 dnů ode dne, kdy jsem se o změněné skutečnosti dozvěděl.*

OZP 76.51/2010

Vyplněno dne (DD.MM.RRRR)

09.05.2013

Razítko a podpis odpovědného pracovníka