

P O T V R Z E N Í

Potvrzujeme, že pan (paní)

rod.č.

bytem

je zaměstnán(a) v organizaci

v hlavním pracovním poměru a zdravotní pojištění je odváděno nejméně z minimální mzdy.

Potvrzení vyžadujeme jako přílohu k dohodě o pracovní činnosti uzavřenou s SBD Plzeň-jih se sídlem v Přešticích.

Pokud by došlo k ukončení hlavního pracovního poměru, ze kterého je odváděno pojištění alespoň z minimální mzdy a pojištěnec by nespadal do kategorie, za kterou je plátcem pojistného stát, je povinen tuto skutečnost oznámit zaměstnavateli, u kterého má uzavřen vedlejší pracovní právní vztah.

Datum :

.....
SBD Plzeň-jih
se sídlem v Přešticích

.....
hlavní zaměstnavatel

POTVRZENÍ

Jméno: rod.č.
bytem

prohlašuje, že

je poživitelem starobního důchodu, který mu byl přiznán výměrem č.j.
ze dne

- není v pracovním poměru u žádné jiné organizace.
- nebyl jemu ani rodinnému příslušníkovi upraven důchod jako jediný zdroj příjmu.

Datum :

.....

podpis

Čestné prohlášení

Čestně prohlašuji, že samostatná výdělečná činnost je hlavním zdrojem mých příjmů a jako osoba samostatně výdělečně činná pravidelně platím ve zdravotním pojištění alespoň minimální zálohy na pojistné jako OSVČ.

Pokud nebudu jako OSVČ platit ve zdravotním pojištění zálohy na pojistné alespoň v minimální povinné výši, oznámím zaměstnavateli tuto skutečnost nejpozději do 8 dnů od data splatnosti poslední zálohy, která je vyšší než minimální zákonná výše nebo je jí rovna.

V, dne

Jméno, příjmení

Datum nar.

.....
Podpis zaměstnance