****

**p o t v r z e n í**

**Firma:**Klikněte sem a zadejte text.

**tímto potvrzuje, že za svého zaměstnance:**

**jméno/příjmení** Klikněte sem a zadejte text.

**nar.** Klikněte sem a zadejte text.

**bytem:** Klikněte sem a zadejte text.

**odvádí zdravotní pojištění ze mzdy, která je rovna nebo vyšší, než zákonem stanovená minimální mzda (minimální vyměřovací základ podle § 3 zák. 592/1992 Sb., v platném znění).**

**Toto potvrzení slouží jako doklad pro odvod zdravotního pojištění ze skutečně dosaženého příjmu u druhého zaměstnavatele.**

**Datum:** Klikněte sem a zadejte datum.

 **……………………………………………..**

 **podpis a razítko zaměstnavatele**