

## P O T V R Z E N Í

**FIRMA:**

tímto potvrzuje, že za svého zaměstnance:

jméno/příjmení .....

nar. .... bytem: .....

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: .....

.....  
podpis a razítko zaměstnavatele