ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: |  |
| Datum narození: |  |
| Bytem: |  |
| Rodné číslo: |  |
| Rodné jméno: |  |
| Místo narození: |  |
| Zdravotní pojišťovna: |  |

Prohlašuji, že minimální částka zdravotního pojištění je za mě placena:

**státem** **\*** (doložit rozhodnutí o přiznání důchodu)

**OSVČ \***

**zaměstnavatelem\*** (název zaměstnavatele):

**jiným způsobem \*** (popište jakým):

**Svým podpisem potvrzuji správnost mnou uvedených údajů a beru na vědomí povinnost oznamovat do 8 dnů změnu.**

V Ostravě-Porubě dne

……………………………………..……………………

Podpis

\* označte způsob placení