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