

# 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 беру на vědomí povinnost oznamovat do 8 dnů změnu.**

V Ostravě-Porubě dne: .....

.....

Podpis

**\* nehodící se škrtněte**