

ŽÁDOST O ODSTRANĚNÍ TVRDOSTI

(PROMINUTÍ, RESP. SNÍŽENÍ PENÁLE)

dle § 53a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

plátce (**OBZP, OSVČ*, zaměstnavatel***)

Jméno a příjmení/název plátce:

Rodné číslo pojištěnce/číslo plátce (IČO):

Telefon, e-mail, DS:

Adresa TP/sídlo plátce:

Doručovací adresa:

Výkaz nedoplatků číslo: Doručeno dne:

Penále vyměřeno ve výši:

Zdůvodnění:

Plátce uvede důvody, o které opírá svou žádost a ke kterým by mělo být při rozhodování o odstranění tvrdosti přihlédnuto. Uvedené důvody lze doložit kopiemi příslušných dokladů.

Dne:	Převzato ČPZP dne:
Podpis plátce:	Razítko ČPZP a podpis zaměstnance ČPZP:

* současně s žádostí je nutné doložit Čestné prohlášení k žádosti o odstranění tvrdosti (Podpora „de minimis“)