**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 patřičných 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“)