

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Registrační číslo projektu:	CZ.1.07/1.5.00/34.0498
Název projektu:	OA Přerov – Peníze středním školám
Číslo a název oblasti podpory:	1.5 – Zlepšení podmínek pro vzdělávání na středních školách
Realizace projektu:	02. 07. 2013 – 01. 07. 2014

Autor:	Dana Sembdnerová
Období vytváření výukového materiálu:	12/2012
Ročník:	3.
Tematická oblast, předmět (klíčová slova):	Personalistika. Povinnosti vůči ZP
Způsob použití výukového materiálu ve výuce:	Individuální samostatná práce v hodinách prostřednictvím ICT

Povinnosti vůči ZP**Úkol 1**

Pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu vyplňte svým jménem (např. Student Stanislav) Příhlášku a evidenční list zaměstnavatele

Dne 4. 2. 2013 zasíláte Příhlášku a evidenční list zaměstnavatele.

Údaje o firmě: název REBONA, s. r. o., IČ 122 35634, variabilní symbol 775 555 3110, sídlo Tovární 22, Napajedla, PSČ 763 61 Napajedla, Česká republika. Sídlo mzdové účtárny je totožné se sídlem podniku.

Kontaktní telefon: +420 777 777 777 a e-mail: rebona@seznam.cz

Číslo účtu u Komerční banky 27-455900 2999/0100, pobočka Napajedla

Den vzniku zaměstnavatele: 1. 2. 2013

K tomuto dni má firma 2 zaměstnance pojištěné u VZP – Pavla Vitáska a Alenu Holou.

Úkol 2

Pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu vyplňte Hromadné oznámení zaměstnavatele o zaměstnancích, kteří jsou ke dni vzniku firmy (1. 2. 2013) pojištěni u VZP.

Pavel Vitásek se narodil 5. 10. 1980, RČ 801005/3121, bydlí v Otrokovicích, Přerovská 234/45, PSČ 765 02 Otrokovice, místo narození Zlín.

Alena Holá se narodila 8. 1. 1978, RČ 785108/1321, bydlí v Přerově, Olomoucká 234/53, PSČ 750 02 Přerov, místo narození Přerov.

Nástup do zaměstnání se značí kódem: P.

Datum vyhotovení formuláře 4. 2. 2013

Úkol 3

Zvažte, jak byste vyplnili Hromadné oznámení zaměstnavatele v případě nástupu nového zaměstnance Petra Bouchalíka k 1. 4. 2013.

Pan Petr Bouchalík nastoupil do Vaší firmy dne 1. 4. 2013. Narodil se dne 15. 10. 1984, RČ 841015/3121, bydlí v Otrokovicích, Přerovská 102/21, PSČ 765 02 Otrokovice (pozn.: u pošty se uvádí pouze prvních 5 písmen), místo narození Zlín.

Nástup do zaměstnání se značí kódem: P.

Datum vyhotovení formuláře 2. 4. 2013.

Úkol 4

Prostudujte si formulář Přehled o platbě pojistného zaměstnavatele.

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ



VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

VZP - kód 111

**Příhláška
a
evidenční list
zaměstnavatele**

**Plnění oznamovací povinnosti
zaměstnavatele - plátce pojistného**

(§ 25 zák. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrtnutá pole označte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č Ď Ě F G H I Í J K L M Ń O Ó P Q R Š S Ť Ú Ů V W X Y Ž

příhlášení změna odhlášení

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka VZP

1a. Identifikace zaměstnavatele (právnícké osoby, organizační jednotky právnické osoby nebo fyzické osoby)

Obchodní název zaměstnavatele - plátce pojistného

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

Číslo plátce pojistného

PSČ

Obec

Právní subjektivita

ano ne

Stát

Právní forma plátce pojistného

právnícká osoba fyzická osoba

1b. Identifikace zaměstnavatele, již je plátce pojistného uvedený v oddíle 1a. součástí

Obchodní název zaměstnavatele, jehož je nižší organizační jednotka součástí

ADRESA SÍDLA: Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

PSČ

Obec

1c. Identifikace zaměstnavatele (fyzické osoby)

Příjmení

Jméno

Titul

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

Číslo pojistnice (rodné číslo)

PSČ

Obec

2. Doručovací adresa

ADRESA PRO DORUČOVÁNÍ: Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

PSČ

Obec

3. Bankovní spojení zaměstnavatele

Bankovní spojení: (předčíslí účtu - číslo účtu / kód banky)

Bankovní spojení: (IBAN)

C Z

4. Kontaktní údaje odpovědného pracovníka

Příjmení

Jméno

Titul

Postavení vzhledem k zaměstnavateli

Telefon

E-mail

5. Datum platnosti údajů, datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že všechny údaje v této Příhlášce a evidenčním listě zaměstnavatele jsou pravdivé a že ohlásím VZP všechny změny údajů, a to nejpozději do 8 dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje.

Datum platnosti vyplněných údajů OD

VZP 72.01/2010



Počet listů příloh

Vyplněno dne

Razítko a podpis odpovědného pracovníka

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ



VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY

VZP - kód 111

Hromadné oznámení
zaměstnavatele za období:

(§ 10 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrťovací pole označte křížkem.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č Ď ě F G H I Í J K L M Ň O Ó P Q Ŕ S Š ť Ú ů V W X Y Ž

Hromadné
oznámení
zaměstnavatele

měsíc / rok
□□ / □□

Datum převzetí, razítka a podpis pracovníka VZP

1. Identifikace zaměstnavatele

Název zaměstnavatele

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

Číslo plátce pojistného

PSČ

Obec

Telefon

2. Kód změny a identifikace zaměstnanců

Kód Číslo pojistěnce (rodné číslo)

Datum změny (dd.mm.rrrr)

Příjmení

Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

PSČ

Obec

Kód Číslo pojistěnce (rodné číslo)

Datum změny (dd.mm.rrrr)

Příjmení

Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

PSČ

Obec

Kód Číslo pojistěnce (rodné číslo)

Datum změny (dd.mm.rrrr)

Příjmení

Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

PSČ

Obec

Kód Číslo pojistěnce (rodné číslo)

Datum změny (dd.mm.rrrr)

Příjmení

Jméno

ADRESA TRVALÉHO POBYTU: Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

PSČ

Obec

3. Datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto OZNÁMENÍ jsou pravdivé a že ohlásím VZP všechny změny údajů, a to nejpozději do 8 dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje.

VZP 73.01/2010

Číslo listu / počet listů Vyplněno dne

Razítka a podpis odpovědného pracovníka

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ



**VŠEOBECNÁ
ZDRAVNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**

VZP - kód 111

**Přehled o platbě pojistného
na zdravotní pojištění zaměstnavatele**

(§ 25 odst. 3 zák. č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Formulář bude zpracován elektronicky. Vyplňujte jej, prosím, čitelně hůlkovým písmem podle předepsaného vzoru písma, nejlépe černou propisovací tužkou. Zaškrťovací pole označte křížkem.

Přehled
o platbě pojistného
zaměstnavatele

Typ přehledu

řádný opravný

Datum převzetí, razítko a podpis pracovníka VZP

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 A Á B C Č Ď Ě F G H I Í J K L M Ň O Ó P Q Ŕ Š S Ť Ú Ů V W X Y Ž

1. Identifikace zaměstnavatele

Název zaměstnavatele

ADRESA SÍDLA (organizační jednotky): Ulice

Číslo popisné

Číslo orientační

Číslo plátce pojistného

 /

PSČ

Obec

Telefon

2. Údaje o platbě

Hlášení za období:

měsíc / rok

 /

Počet zaměstnanců pojištěných u VZP

Úhm vyměrovacích základů zaměstnanců pojištěných u VZP

 Kč

Výše pojistného - součet pojistného zaměstnanců pojištěných u VZP

 Kč

3. Datum vyplnění a podpis zaměstnavatele

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto PŘEHLEDU jsou pravdivé a že ohlásím VZP všechny změny údajů, a to do 8 dnů ode dne, kdy jsem se o změněné skutečnosti dozvěděl.

VZP 76.01/2010



Vyplněno dne

 . .

Razítko a podpis odpovědného pracovníka

Vysvětlivky k vyplňování položek jsou uvedeny v Poučení na druhé straně tohoto formuláře. Pro vyplnění formuláře na PC lze použít elektronický PDF formulář vystavený na internetových stránkách www.vzp.cz.

Zdroje:

autorovy vlastní pracovní materiály vytvořené pro výuku předmětu