

Žádost o vystavení potvrzení o bezdlužnosti

Název / Jméno a příjmení:

IČ: RČ:

Adresa sídla / trvalého pobytu:

.....

Doručovací adresa:

Kontaktní osoba:

Telefon: e-mail:

ID datové schránky:

Žádám o vydání potvrzení o tom, že nemám vůči ČPZP splatný nedoplatek na pojistném a penále na veřejném zdravotním pojištění

k datu

- Potvrzení vyzvednu osobně
- Potvrzení zašlete poštou na adresu sídla / trvalého bydliště / doručovací
- Potvrzení zašlete do datové schránky:

(vybrané označte křížkem)

Datum:

Podpis / razítko: