



Název zaměstnavatele:

Číslo smlouvy o spolupráci /
Podmínek úhrady:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MIMOŘÁDNÉ PŘÍSPĚVKY ZAMĚSTNAVATELE

Úhradu jednotlivých mimořádných příspěvků proveďte nejdříve 14 dní po nahlášení záměru.

č.	Příjmení zaměstnance	Jméno zaměstnance	Číslo pojistné smlouvy	Výše příspěvku v Kč
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Dne:

Za zaměstnavatele: