Vzor č.5

**Čestné vyhlásenie o zdravotnej poisťovni**

|  |  |
| --- | --- |
| **Miesto výkonu – názov obce:** |  |
| **Meno, priezvisko, titul zamestnanca:** |  |
| **Rodné číslo:** |  |
| **Bydlisko:** |  |
| **Som poistencom zdravotnej poisťovne:** |  |

Prehlasujem, že zmenu poisťovne bezodkladne nahlásim útvaru Implementačnej jednotky Ministerstva kultúry Slovenskej republiky. Táto povinnosť vyplýva zo zákona č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V prípade, že zmenu nenahlásim, som si vedomý/á, že za všetky finančné dôsledky s tým spojené zodpovedám osobne.

V ................................., dňa........................

..................................................

podpis zamestnanca