

Union zdravotná poisťovňa, a.s.  
Bajkalská 29/ A  
821 08 Bratislava

V(o)....., dňa.....

Vec: Žiadosť o vydanie potvrdenia o úhrade poistného  
na verejné zdravotné poistenie (o plnení odvodových povinností).

Platiteľ poistného, zamestnávateľ (obchodný názov)*	
IČO	
Sídlo	
Platiteľ poistného, SZČO (obchodný názov)**	
Rodné číslo SZČO	
Sídlo	
Platiteľ poistného, osoba tzv. "dobrovoľne nezamestnaná",***	
priezvisko, meno	
Rodné číslo	
Bydlisko	

Potvrdenie požadujem zaslať na adresu, uveďte v tvare: PSČ, mest, prípadne obec, ulica, číslo domu	
Kontakt: telefón, fax, e-mail	

Dôvod pre podanie žiadosti:

.....  
meno a priezvisko, podpis, pečiatka \*\*\*\*  
(oprávnená osoba pre podanie žiadosti)

\* vyplní zamestnávateľ

\*\* vyplní SZČO

\*\*\* vyplní osoba tzv. „dobrovoľne nezamestnaná“

\*\*\*\* pokiaľ je k dispozícii

Poznámka: Žiadosť adresujte prosím, na najbližšie kontaktné miesto Union zdravotnej poisťovne, a.s.,  
prípadne na ústredie, adresár uvedených kontaktných  
miest je k dispozícii na webovej stránke [www.uzp.sk](http://www.uzp.sk)