

Oznámení o zahájení (opětovném zahájení) samostatné výdělečné činnosti



Pracoviště ÚSSZ (OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno)

Razítko OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

Variabilní symbol důchodového pojištění
- vyplní OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno
Variabilní symbol nemocenského pojištění
- vyplní OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

A. Základní identifikace

Příjmení	Jméno	Titul	Datum narození	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rodné příjmení	Všechna dřívější příjmení	Rodinný stav	Pohlaví	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Místo narození	Stát narození	Státní občanství	ID Datové schránky	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mail	Telefon			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Ulice	Číslo domu	Obec	PSC	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. Adresa pobytu v ČR (je-li trvalý pobyt mimo ČR)

Ulice	Číslo domu	Obec	PSC
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. Kontaktní adresa

Ulice	Číslo domu	Obec	PSC	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D. Údaje o samostatné výdělečné činnosti (SVČ)

Datum zahájení (opět. zahájení) SVČ	SVČ jsem oprávněn/a vykonávat od	Druh činnosti	IČO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E. Údaje o důchodovém pojištění v cizině

Jiný stát, na jehož území je výdělečná činnost vykonávána	OSVČ je (byla) účastna sociálního pojištění na území jiného státu			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Cizozemský nositel sociálního pojištění				
Název	Cizozemské číslo pojištění			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Ulice	Číslo domu	Obec	PSC	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F. Vedlejší samostatná výdělečná činnost

Splňuji podmínku pro výkon vedlejší SVČ z důvodu

<input type="checkbox"/>	Zaměstnaní od	Název a adresa zaměstnavatele		
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Nárok na výplatu invalidního důchodu nebo přiznání starobního důchodu. Uveďte			
	Druh pobíraného důchodu	Plátce důchodu	Starobní důchod přiznán od	Invalidní důchod vyplácen od
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Osobní péče o dítě do 4 let věku nebo nárok na peněžitou pomoc v mateřství (PPM) nebo nemocenské z důvodu těhotenství a porodu z nemocenského pojištění zaměstnanců, není-li nárok na PPM			
<input type="checkbox"/>	Péče o závislou osobu od	Nezaopatřené dítě (studium) od		
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		



2 0 8 5 1 4 1 6 3 0

G. Základní identifikace OSVČ, se kterou je vykonávána spolupráce

Příjmení	Jméno	Rodné příjmení	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titul	Datum narození	Identifikační číslo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Adresa trvalého pobytu nebo adresa hlášeného pobytu v ČR, není-li trvalý pobyt v ČR

Ulice	Číslo domu	Obec	PSC	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

H. Přihláška k dobrovolné účasti na nemocenském pojištění OSVČ (i OSVČ v paušálním režimu)

K účasti na pojištění se přihlašuji od Názvem zdravotní pojišťovny

I. Údaje o nemocenském pojištění

Název předchozího orgánu, který prováděl NP, pokud jím nebyla ČSSZ	Název orgánu, který v současnosti provádí NP, pokud jím není ČSSZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Předchozí doba účasti na nemocenském pojištění v cizině od do

Cizozemský nositel nemocenského pojištění

Název	Cizozemské číslo pojištění
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ulice	Číslo domu	Obec	PSC	Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

J. Insolvenční řízení

Je/bylo ke dni zahájení výkonu samostatné výdělečné činnosti vedeno vůči Vám insolvenční řízení ano ne

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé.

Počet příloh

.....
Datum, podpis OSVČ



2 0 8 5 1 4 1 6 3 0