

**Oznámení o zahájení (opětovném zahájení)
samostatné výdělečné činnosti**

OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

Razítko OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno

Variabilní symbol důchodového pojištění
- vyplní OSSZ/PSSZ/MSSZ BrnoVariabilní 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 | PSČ | 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 | PSČ |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

C. Kontaktní adresa

| | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ulice | Číslo domu | Obec | PSČ | 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 | Cizozemské číslo pojištění | | | |
| Název | <input type="text"/> | | | |
| Ulice | Číslo domu | Obec | PSČ | 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"/> | Zaměstnání od | Název a adresa zaměstnavatele | | |
| <input type="checkbox"/> | Nárok na výplatu invalidního důchodu nebo přiznání starobního důchodu. Uved'te | | | |
| | 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"/> | 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 | Od | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| <input type="checkbox"/> | Péče o závislou osobu od | Nezaopatřené dítě od | | |
| | <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 | PSČ | 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 | Název zdravotní pojišťovny |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| Cizozemský nositel nemocenského pojištění | | | | |
| Název | Cizozemské číslo pojištění | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| Ulice | Číslo domu | Obec | PSČ | 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



6 8 2 1 1 7 0 3 7 5