

# ŽÁDOST O POTVRZENÍ BEZDLUŽNOSTI

PŘÍPADNĚ ROZPISU AKTUÁLNÍHO DLUHU

Jméno	Příjmení
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Email (nepovinné)
<input type="text" value="+420"/>	<input type="text"/>
Rodné číslo	IČO (vyplňte v případě, že jste podnikatel/ka)
<input type="text" value="X X X X X X / X X X X"/>	<input type="text"/>

## Adresa trvalého bydliště

Ulice	Číslo popisné
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSČ	Město
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tímto žádám o vystavení potvrzení, že zdravotní pojišťovna vůči mé osobě neeviduje žádné nedoplatky, případně žádám o jejich výpis v rozdělení na jistinu a příslušenství na základě uvedeného rodného čísla, případně i IČO (pokud je uvedeno).

## Potvrzení je vydáváno za účelem:

- ☐ jednání u úřadu práce (dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění)
- ☐ jednání u krajského úřadu (dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
- ☐ jednání u bankovní instituce
- ☐ jiný účel (např. když chcete zjistit svůj současný stav) .....

## Odpověď chci doručit:

- ☐ na adresu trvalého bydliště
- ☐ na korespondenční adresu .....
- ☐ do datové schránky .....
- ☐ vyzvednu si ji osobně

V ..... dne .....

.....  
Jméno a příjmení žadatele, podpis