

# 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