

Oznámení o zahájení (opětovném zahájení) samostatné výdělečné činnosti



Místně příslušná 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"/>	
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	Cizozemské číslo pojištění			
Název	<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. Uved'te			
<input type="checkbox"/>	Druh pobíraného důchodu	Plátcé důchodu	Starobní důchod přiznán od	Invalidní důchod vyplácen od
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Nárok na rodičovský příspěvek nebo 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="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Péče o závislou osobu od	Nezaopatřené dítě od		
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		



4 0 8 7 0 6 4 8 7 4

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	<input type="text"/>	Název zdravotní pojišťovny	<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	<input type="text"/>	do	<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. Úhrada pojistnéhoPožaduji zaslání poštovních poukázek na úhradu pojistného¹⁾ ano ne**K. Insolvenční řízení**Je/bylo ke dni zahájení výkonu samostatné výdělečné činnosti vedeno vůči Vám insolvenční řízení ano ne**L. Souhlas se zpracováním dalších osobních údajů**

Udělují souhlas ČSSZ a příslušné OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno se zpracováním mého telefonního čísla/e-mailové adresy pro zajištění efektivní vzájemné komunikace za účelem provádění sociálního zabezpečení OSVČ včetně výběru pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti. Prohlašuji, že jsem se seznámil/a s Poučením ČSSZ o svých právech v souvislosti se zpracováním osobních údajů. Tento souhlas je zcela svobodný a jsem si vědom/a, že jej mohu kdykoliv odvolat, případně žádat o výmaz údajů

ano Telefon E-mail **Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé.**

Počet příloh

.....
Datum, podpis OSVČ¹⁾ Složenky jsou zaslány pouze na jeden rok. O jejich zaslání v dalším roce je nutno požádat OSSZ/PSSZ/MSSZ Brno vždy znovu.

4 0 8 7 0 6 4 8 7 4