**Osobní dotazník - DPP (OON)**

**Zaměstnavatel:** **Ústav biologie obratlovců AV ČR, v.v.i., Květná 170/8, Brno 603 00**

Zaměstnavatel se zavazuje, že všechny uvedené údaje budou sloužit výlučně zaměstnavateli. Jiné právnické nebo fyzické osobě mohou být poskytnuty, kromě výjimek stanovených v právních předpisech, jen se souhlasem zaměstnance. Zaměstnanec souhlasí se zpracováním svých osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000Sb., a o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

**Jméno a příjmení, akademický titul: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**rodné příjmení:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **místo narození:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**adresa trvalého bydliště:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PSČ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**adresa přechodného bydliště:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PSČ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**datum narození:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **rodné číslo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **státní příslušnost: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**číslo OP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **rodinný stav:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**číslo účtu:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **kód banky: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ název banky:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zdravotní pojišťovna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **číslo zdravotní pojišťovny:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Máte současně uzavřenou ještě jinou DPP: ANO** (uveďte kde) **/ NE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Potvrzení mzdové účtárny druhého zaměstnavatele**

**název firmy:**

**potvrzujeme, že náš zaměstnanec:**

**datum narození: rodné číslo:**

**bytem:**

**název a kód zdravotní pojišťovny:**

**nesrážíme - srážíme** a odvádíme pravidelně měsíčně **zdravotní pojištění** ze mzdy, která je rovna nebo vyšší než zákonem stanovená minimální mzda. Minimální vyměřovací základ – odkaz na nařízení vlády č. 210/2013Sb.

Toto potvrzení bude sloužit jako doklad pro odvod zdravotního pojištění ze skutečně dosaženého příjmu u druhého zaměstnavatele. Dojde-li ke změně skutečností rozhodných pro výpočet a odvod zdravotního pojištění, nebo ke změně zdravotní pojišťovny je zaměstnanec povinen tuto skutečnost neprodleně oznámit mzdové účtárně.

Datum:

 .................................................................................

 razítko, podpis a telefon mzdové účtárny