

Oznámenie o mieste uloženia výkazu nedoplatkov doručovaného verejnou vyhláškou v zmysle § 17b ods. 4 zákona č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
č.34/2015

Číslo výkazu nedoplatkov	Dátum vydania výkazu nedoplatkov	Adresát pre doručovanie výkazu nedoplatkov	IČO	Dátum narodenia	Posledná známa adresa sídla/ trvalého pobytu			Miesto uloženia výkazu nedoplatkov
1490078475	10.02.2014	Baček Andrej			Teplická 1375/1	831 02	Bratislava – Nové Mesto	Union zdravotná poisťovňa, a.s. Bajkalská 29/A 821 08 Bratislava
1490123311	06.03.2014	Peter Vališ - Vast	11649941		Kalinciaková 1	83101	Bratislava – Nové Mesto	Union zdravotná poisťovňa, a.s. Bajkalská 29/A 821 08 Bratislava
1490109734	17.02.2014	Michal Kotora-RUN WAY	34466096		Sibírska 59	83102	Bratislava – Nové Mesto	Union zdravotná poisťovňa, a.s. Bajkalská 29/A 821 08 Bratislava

Toto oznámenie sa vyvesuje po dobu 15 dní. Ak si adresát uložený výkaz nedoplatkov v tejto lehote neprevezme, posledný deň tejto lehoty sa považuje za deň doručenia.

Vyvesené dňa:
Meno zodpovednej osoby za vyvesenie:
Podpis:
Zvesené dňa:
Meno zodpovednej osoby za zvesenie:
Potvrdenie obce o dobe vyvesenia:
Podpis: