ČESKÁ SPRÁVA
SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

Informace o trvání dočasné pracovní neschopnosti (DPN)

Sdělujeme Vám níže uvedené údaje o dočasné pracovní neschopnosti Vašeho zaměstnance.

Zaměstnavatel

[název zaměstnavatele] (IČ [IČO zaměstnavatele]) , VS: [variabilní symbol mzdové účtárny]

Druh činnosti: [název druhu činnosti]

Zaměstnanec

Jméno a příjmení: [jméno příjmení]

Datum narození: [datum narození]

Rodné číslo: [RČ / EČP]

Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti

Číslo rozhodnutí: [číslo rozhodnutí DPN]

Datum vzniku DPN: [datum vzniku DPN]

Trvání DPN potvrzeno ke dni: [datum vystavení potvrzení ke dni]

Ošetřující lékař:

[název PZS]

[jméno a příjmení lékaře]

[adresa IČPE]

Platnost údajů ke dni: [datum a čas vygenerování notifikace]

Upozornění

Upozorňujeme, že trvá-li DPN zaměstnance déle než 14 kalendářních dnů, je zaměstnavatel povinen zaslat formulář „Příloha k žádosti o dávku nemocenského pojištění". Pokud jste již formulář odeslali, považujte, prosím, upozornění za bezpředmětné.