**Žiadateľ:**

*Adresa:*

*Zastúpený:*

*IČO/reg. č.:*

zdravotná poisťovňa

*adresa*

**Vec: Žiadosť o vystavenie potvrdenia**

Žiadam Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, a. s. - Dôvera, zdravotnú poisťovňu, a.s. - Union zdravotnú poisťovňu, a.s., [[1]](#footnote-1) pobočku v . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . ., o vystavenie potvrdenia o tom, že žiadateľ nemá evidované nedoplatky po lehote splatnosti poistného na zdravotné poistenie.

Svoju žiadosť odôvodňujem tým, že predmetné potvrdenie je potrebné priložiť k žiadosti o dotáciu v Dotačnom systéme Ministerstva vnútra Slovenskej republiky. O vydanie bezplatného potvrdenia žiadam podľa § 8a ods. 6 zákona č. 523/2004 Z.z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov[[2]](#footnote-2).

Dotácia sa poskytuje na základe § 8a zákona č. 523/2004 Z. z. a zákona č. 526/2010 Z.z. o poskytovaní dotácií v pôsobnosti Ministerstva vnútra Slovenskej republiky v znení neskorších predpisov.[[3]](#footnote-3)

V . . . . . . . . . . . . . . . , dňa . . . . . . . . .

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

pečiatka a podpis žiadateľa

1. Nehodiaci názov vypustite alebo prečiarknite, potvrdenie sa predkladá od každej zdravotnej poisťovne. [↑](#footnote-ref-1)
2. Podľa § 8a ods. 6 prvá veta zákona č. 523/2004 Z. z. Subjekty, ktoré vydávajú potvrdenia podľa odseku 5, sú povinné na požiadanie vydať tieto potvrdenia bezplatne. [↑](#footnote-ref-2)
3. V prípade použitia elektronických žiadostí, <https://www.vszp.sk/> , <https://www.union.sk/platitelia-tlaciva-a-formulare> , a <https://www.dovera.sk/platitel/tema-potvrdenia-a-tlaciva/a249/potvrdenia-a-tlaciva-pre-platitelov> musí byť z elektronického dokumentu zrejmá skutočnosť, že žiadateľ nemá evidované nedoplatky po lehote splatnosti poistného na zdravotné poistenie, poskytnutia dotácie podľa § 8a ods. 6 zákona č. 523/2004 Z. z. a zákona č. 526/2010 Z.z., Dátum vydania dokumentu musí spĺňať podmienku podľa § 8a ods. 5, písm. e) zákona č. 523/2004 Z. z. (nie staršie ako tri mesiace). V prípade predloženia listinného alebo elektronického dokumentu, tento musí spĺňať podmienky podľa § 25 ods. 1 písm. k) 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: „*Elektronické potvrdenie obsahuje predtlačený odtlačok pečiatky zdravotnej poisťovne, meno, priezvisko a funkciu oprávnenej osoby. Písomné potvrdenie obsahuje okrem náležitostí elektronického potvrdenia aj faksimile podpisu oprávnenej osoby*.“. Predložený elektronický dokument musí byť autentický, nesmie vykazovať znaky porušenia. [↑](#footnote-ref-3)