

Union zdravotná poisťovňa, a.s.  
Bajkalská 29/A  
821 08 Bratislava

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.54/2015

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
1490081166	17.0.2.2014	Ing. MIROSLAVA GIERGIEWICZ- MOŽAJSKÁ		16/03/1969	Terchová 29 013 06 Terchová	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 neprevzme, posledný deň tejto lehoty sa považuje za deň doručenia.

Vyvesené dňa: ..... 16.02.2015 .....

Meno zodpovednej osoby za vyvesenie:

ING. HORNÝČOVÁ

Podpis:



Zvesené dňa: .....

Meno zodpovednej osoby za zvesenie:

Podpis:

Potvrdenie obce o dobe vyvesenia:

OBECNÝ ÚRAD  
013 06 TERCHOVÁ  
okres Žilina  
2