

Affirmation of foreign employer / **Čestné prohlášení zahraničního zaměstnavatele**A. Employer / **Zaměstnavatel**

Representative/-s of the company – trade name / Zástupce/-ci společnosti – název			Identification number / Identifikační číslo	Variable symbol / Variabilní symbol
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Street / Ulice	House number / Číslo domu	Town / Obec	Postal code / PSČ	State / Stát
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

B. Employee / **Zaměstnanec**

Surname / Příjmení	Forename / Jméno	Degree / Titul	Date of birth / Datum narození	Personal identification number / Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C. Affirmation / **Čestné prohlášení**

Bellow mentioned hereby declare/-s and sign/-s on behalf of the company, that during the requested period the company shall pay insurance premiums to the Czech social security scheme for the aforementioned employee in case of granting the exception according to the Article 17 of the Council Regulation (EEC) No. 1408/71, Article 16 of the EP and Council Regulation (EC) No. 883/04 or appropriate provision of an agreement on social security.

Tímto za společnost prohlašuje/-jí a svým podpisem stvrzuje/-jí, že v případě udělení výjimky podle čl. 17 nařízení Rady (EHS) č. 1408/71, čl. 16 nařízení EP a Rady (ES) č. 883/2004 nebo příslušným ustanovením smlouvy o sociálním zabezpečení bude během požadované doby společnosti za výše uvedeného zaměstnance hrazeno pojistné na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění do českého systému sociálního zabezpečení.

In / V Date / Dne
Signature/-s, stamp / podpis/-y, razítko

.....
Forename and surname of the person/-s acting on behalf of the company /
jméno a příjmení osob/-y jednajících/-ch za společnost