Revírní bratrská pokladna	Počet listů / List č.
Kód **2 1 3**	**HROMADNÉ OZNÁMENÍ ZAMĚSTNAVATELE** **rok**

Název a sídlo zaměstnavatele:	**Číslo plátce pojistného**

Kód	**Číslo pojištěnce RBP**	**Příjmení a jméno**	Datum změny den.měsíc.rok
	Pobyt Obec	**Ulice a číslo**	**psč a zem**

Dne:	

razítko a podpis zaměstnavatele

podpis odpovědného pracovníka RBP