

Číslo pojistné smlouvy:

Číslo škodné události:

Příjmení, jméno, titul:

Rodné číslo:

Potvrzuje zaměstnavatel**Potvrzujeme, že uvedená osoba je v naší organizaci zaměstnána za níže uvedených podmínek**

Zaměstnán na hlavní pracovní poměr:

od

Pracovní poměr bude ukončen:

(nehodící se škrtněte)

 ANO NE

od

Výše čistého příjmu za minulý rok:

Kč

Průměrný měsíční příjem:

(vyplňte pokud zaměstnanec není v pracovním poměru celý rok)

Kč

Potvrzujeme, že výše uvedený zaměstnanec nepracoval

(ošetřoval člena rodiny) v období:

od

do

Potvrzení vydává

Název firmy:

Adresa:

IČO:

Datum:

Podpis a razítko firmy

Vyplňte v případě, že jste OSVČ

IČO:

od

do

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem ošetřoval člena rodiny v období:

od

do

Příjmení, jméno, titul:

Rodné číslo:

Datum:

Podpis