

Tabela nr 2

lp.	imię i nazwisko pracownika	zwolnienia lekarskie od - do	wynagrodzenie za czas choroby płatne ze środków Pracodawcy :			zasilek chorobowy (płatny przez ZUS)	urlop bezpłatny od - do
			ilość dni (zgodnie z kolumną nr 7 w tabeli nr 1)	80% lub 100%	kwota w zł zgodnie z listą płac	ilość dni (zgodnie z kolumną nr 4 w tabeli nr 1)	
1	2	3	4	5	6	7	9

Wynagrodzenie za miesiąc20.....r. zostało wypłacone w/w pracownikom w miesiącu:20.....r. zgodnie z załączoną listą płac. Składki i podatek od wypłaconego wynagrodzenia zostały opłacone w miesiącu:.....20.....r.

Oświadczam, że nie zalegam/my z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem wymaganych składek ZUS Pracowniczych oraz innych danin publicznych. Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam/-my własnoręcznym podpisem. Jednocześnie oświadczam/-my pod rygorem wypowiedzenia umowy, że informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Pouczenie: Podanie nieprawdziwych informacji może skutkować zwrotem środków wraz z odsetkami oraz odpowiedzialnością karną.

.....
(imię i nazwisko oraz numer tel. osoby do kontaktu)

Koszalin, dnia.....

(podpis Pracodawcy / lub osoby upoważnionej)

**niepotrzebne skreślić*