

Staðfesting atvinnurekanda vegna greiðslu úr Sjúkrasjóði VR

Hér með staðfestist að (nafn starfsmanns) _____

kt. _____

starfar hjá (nafn fyrirtækis) _____

frá (dags.) _____.

Starfsmaður kláraði veikindarétt sinn hjá atvinnurekanda þann (dags.) _____

Síðasti greiddi dagur _____

Félags- og sjúkrasjóðsgjöld voru greidd til (nafn stéttarfélags) _____.

Dagsetning

Undirskrift, nafn fyrirtækis og stimpill

