

Potvrzení zaměstnavatele

Číslo pojistné smlouvy

Číslo škodné události

Druh pojištění

Potvrzujeme, že uvedená osoba je v naší organizaci zaměstnána za níže uvedených podmínek:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Příjmení zaměstnance

Jméno

Titul

Rodné číslo

Zaměstnán/a na hlavní pracovní poměr od 2 0

Pracovní zařazení:

Ve zkušební lhůtě ANO NE Do 2 0

Je ve výpovědní lhůtě ANO NE Od 2 0

Pracovní poměr bude ukončen ANO NE Od 2 0
(nehodící se škrtněte).

Byl/a v pracovní neschopnosti v době od 2 0

Od-do	č. PN
1. <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	<input type="text"/>

Doplňující údaje zaměstnavatele

Potvrzení vydává:

Název firmy

Adresa

IČO