

Staðfesting vinnuveitanda vegna greiðslu úr Sjúkrasjóði VR

Hér með staðfestist að (nafn starfsmanns) _____

kt. _____

starfar hjá (nafn fyrirtækis) _____

frá (dagsetning) _____ starfshlutfall _____

(Nafn starfsmanns) _____ kláraði veikindarétt sinn

hjá vinnuveitanda þann (dags.) _____

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

Dagsetning

Undirskrift yfirmanns, nafn fyrirtækis og stimpill