

**Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia
bądź urlopu bezpłatnego**

L.p.	Imię i nazwisko	Zwolnienie lekarskie od - do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)		Urlop bezpłatny od - do
			Ilość dni od - do	Kwota w zł.	Ilość dni od - do	Kwota w zł.	

Środki finansowe prosimy przekazać:

.....
(nazwa banku, nr rachunku)

.....
(Imię i nazwisko, nr telefonu osoby
sporządzającej wniosek)

.....
(pieczętka i podpis pracodawcy)

Załączniki:

1. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia(przelew, dowód KW lub podpis pracownika na liście płac).
2. Kserokopia listy obecności.
3. Kserokopia Deklaracji ZUS, DRA, i RCA raportu imiennego pracownika.
4. Wpłaty- kopie przelewów, opłat składek ZUS.
5. Kserokopie ewentualnych zwolnień lekarskich
(Dokumenty potwierdzone za zgodność z oryginałem)