



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

L.p.	Nazwisko I Imię	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.	

**Uwagi:**

Zwolniona osoba dnia ..... przyczyna.....

przyjęty na czas od dnia..... do dnia..... nr poz. rozliczenia.....  
(dołączyć odpowiednio: świadectwo pracy lub umowę o pracę)

Środki finansowe prosimy przekazać .....  
(nazwa banku, nr rachunku)

.....  
(Główny księgowy)

.....  
(Pracodawca, pieczęć i podpis)

**Załączniki:**

1. Kopia listy płac z pokwitowaniem odbioru wynagrodzenia(przelew, dowód KW lub podpis pracownika na liście.
2. Kserokopia listy obecności.
3. Deklaracja ZUS DRA i RCA.
4. Kserokopie zwolnień lekarskich.

**(Dokumenty potwierdzone za zgodność z oryginałem)**