

Tabela nr 2

lp.	imię i nazwisko pracownika	zwolnienia lekarskie od - do	wynagrodzenie za czas choroby płatne ze środków Pracodawcy :			zasilek chorobowy (płatny przez ZUS)		urlop bezpłatny od - do	urlop macierzyński od - do
			ilość dni (zgodnie z kolumną nr 7 w tabeli nr 1)	80% lub 100%	kwota w zł zgodnie z listą płac	ilość dni (zgodnie z kolumną nr 4 w tabeli nr 1)	kwota w zł		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wynagrodzenie za miesiąc20....r. zostało wypłacone w/w pracownikom w miesiącu:20....r. zgodnie z załączoną listą płac.

Składki i podatek od wypłaconego wynagrodzenia zostały opłacone w miesiącu:.....20....r.

Oświadczam, że nie zalegam/my z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych. Wiarygodność informacji podanych we wniosku potwierdzam/-my własnoręcznym podpisem. Jednocześnie oświadczam/-my pod rygorem wypowiedzenia umowy, że informacje zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Pouczenie: Podanie nieprawdziwych informacji może skutkować zwrotem środków wraz z odsetkami oraz odpowiedzialnością karną.

.....
(imię i nazwisko oraz numer tel. osoby do kontaktu)

Koszalin, dnia.....,,
(podpis Pracodawcy / Organizatora Robót / lub osoby upoważnionej)