

Potvrzení o vyplacených náhradách za ztrátu na výdělků po skončení pracovní neschopnosti podle § 271 b) zákoníku práce
(vystavené podle § 37 odst. 2 písm. a) zákona č. 582/1991 Sb., v platném znění)

A. Základní identifikace

Název zaměstnavatele			Identifikační číslo	Variabilní symbol
<input style="width: 95%;" type="text"/>			<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>
Ulice	Číslo domu	Obec	PSČ/Postcode	Stát
<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 10%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>
E-mail		Telefon	Fax	ID Datové schránky
<input style="width: 45%;" type="text"/>		<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>

B. Informace o pořivateli náhrady

Příjmení	Jméno	Titul	Datum narození	Rodné číslo
<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 25%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 20%;" type="text"/>

C. Potvrzení o vyplacených náhradách

Důvod

Rok	Výše náhrady	Náhrada byla poskytována		V období od - do
		Po celý rok		
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
		<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	

D. Datum, podpis a razítko

.....
Datum, podpis a razítko zaměstnavatele

Poznámka: V případě, že formulář nepostačuje k popisu uváděných skutečností, nutno přiložit zvláštní list.