



Vottorð um lok launagreiðslna

Sjúkrasjóður AFLs
Búðareyri 7 • 730 Reyðarfirði
sjukrasjodur@asa.is

Það vottast hér með að

Nafn			Kennitala		
Heimili			Póstnúmer		
Staður					
var í	<input type="text"/>	%	starfi hjá	<input type="text"/>	
tímabilið	<input type="text"/>	Dagsetning	til	<input type="text"/>	Dagsetning
			og lauk launagreiðslum til hans/hennar		
			<input type="text"/>		

Staður	<input type="text"/>	Dagsetning	<input type="text"/>	Stimpill atvinnurekanda	<input type="text"/>
Fyrir hönd atvinnurekanda					<input type="text"/>