



Zaswiadczenie pracodawcy

Fundusz chorobowy AFL-u
Búðareyri 7 • 730 Reyðarfirði
sjukrasjodur@asa.is

Niniejszym zaswiadcza sie, ze:

Imie nazwisko		Pesel (islandzki)	
Adres		kod pocztowy	Miejscowosc
wykonywal/a	<input type="text"/>	% stazu	<input type="text"/>
w okresie	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
	Data	Data	wynagrodzenie zakonczylo sie dnia
			<input type="text"/>

Miasto	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	Stempel	<input type="text"/>
Z upowaznienia	<input type="text"/>				