

Sjúkrasjóður
Skrifstofa stéttarfélaganna
Borgarmýri 1
550 Sauðárkrókur
Sími 453 5433



Vottorð vinnuveitanda

Atvinnurekandi :

Kennitala :

Launamaður :

Kennitala :

Er viðkomandi búin/n að nýta veikindarétt sinn? já _____ nei _____

Dagsetning síðasta launaða dags: _____

undirskrift atvinnurekanda / launafulltrúa

Dagsetning

Nánari upplýsingar gefur: