....., dn. .....

.....
(Podmiot)

**Oświadczenie do umowy nr CAZ/IR-MN-630-...-.../... z dnia: .....**

Zestawienie wynagrodzeń pracownika zatrudnionego w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy:

Imię i nazwisko: .....

**za okres od .... . .... . 20.... r. do .... . .... . 20.... r.**
dzień m-c rok dzień m-c rok

| l.p. | MIESIĄC: | Wynagrodzenie brutto w zł : | Składki ZUS w zł : (suma składek finansowanych przez płatnika tj. E+R+W+FP+FGŚP) | Wynagrodzenie za czas choroby:* | Wynagrodzenie netto w zł : |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| 11. | | | | | |
| 12. | | | | | |
| 13. | | | | | |

* w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do pracy lub zasiłku opiekuńczego należy przedłożyć kopię deklaracji ZUS RSA lub ZUS RMUA

**Oświadczam, że w/w pracownik :**

- ☐ Pracuje do nadal
- ☐ Pracował do dnia …….(należy dołączyć świadectwo pracy),
- ☐ Inne …….

.....
( podpis pracodawcy )