Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Číslo pojistné události

Potvrzení zaměstnavatele o trvání pracovního poměru

Zaměstnavatel

Název společnosti

Sídlo | PSČ

IČO

Zaměstnanec

Jméno a příjmení

Datum narození

Adresa bydliště | PSČ

Potvrzení zaměstnavatele

Tímto potvrzujeme, že uvedený zaměstnanec je / byl zaměstnaný u naší společnosti na základě pracovní smlouvy uzavřené dne

Pracovní poměr
☐ stále trvá ☐ byl / bude ukončen dne

Druh pracovního poměru
☐ na dobu neurčitou ☐ na dobu určitou s ukončením dne

Toto potvrzení se vydává na žádost zaměstnance k jeho soukromému pojištění.

Datum

.....
Podpis a razítko zaměstnavatele