Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia bądź urlopu bezpłatnego:

Lp.	Nazwisko i imię	Zwolnienie lekarskie od - do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)		Urlop bezpłatny od – do
			ilość dni od – do	kwota w zł	ilość dni od – do	kwota w zł	
1	2	3	4	5	6	7	8

UWAGI:

Zwolniony dnia ..... przyczyna zwolnienia .....
przyjęty na czas nieokreślony dnia ..... zgodnie z pozycją rozliczenia:.....

....
(opr. Nazwisko i imię; nr tel.) (główny księgowy; pieczątka i podpis) (Pracodawca; pieczątka i podpis)

Ponadto informuję, że niżej wymienieni pracownicy korzystali ze zwolnienia bądź urlopu bezpłatnego:

Lp.	Nazwisko i imię	Zwolnienie lekarskie od - do	Wynagrodzenie za czas choroby (płatne z funduszu pracodawcy)		Zasiłek chorobowy (płatny z ZUS)		Urlop bezpłatny od – do
			ilość dni od – do	kwota w zł	ilość dni od – do	kwota w zł	
1	2	3	4	5	6	7	8

UWAGI:

Zwolniony dnia ..... przyczyna zwolnienia .....
przyjęty na czas nieokreślony dnia ..... zgodnie z pozycją rozliczenia:.....

....
(opr. Nazwisko i imię; nr tel.) (główny księgowy; pieczątka i podpis) (Pracodawca; pieczątka i podpis)