



Dagsetning

Staðfesting atvinnurekanda vegna greiðslu úr Sjúkra- og Styrktarsjóði BHM

Hér með staðfestist að (nafn starfsmanns) _____

kennitala _____

starfar hjá (nafn fyrirtækis) _____

frá (dags.) _____

Starfsmaður kláraði veikindarétt sinn hjá atvinnurekanda þann (dags.) _____

Síðasti greiddi dagur _____

Undirskrift, nafn fyrirtækis