



Sjúkrasjóður Eflingar – stéttarfélags,
Sætúni 1,
105 Reykjavík

Bréfsími 510-7501
Netfang: gudrun@efling.is

STARFSVOTTORÐ

Það staðfestist hér með að _____ kt. _____
Nafn starfsmanns

starfaði hjá _____ frá _____ í _____ starfi
Nafn fyrirtækis *starfshlutfall*

_____ varð launalaus frá og með _____
Nafn starfsmanns *dags.*

Fjöldi tekinna veikindadaga hjá launagreiðanda s.l. 12 mánuði: _____

Kom/kemur aftur til starfa eftir veikindi/slys: _____
dags.

Félags- og sjúkrasjóðsgjöld voru greidd til: _____
Nafn stéttarfélags

Dags. _____

f.h. (*Nafn yfirmanns, fyrirtækis og stimpill*)

Hlutfall dagpeninga byggist á meðallaunum viðkomandi félagsmanns næstliðna 6 mánuði áður en hann varð launalaus vegna veikinda/slyss.