

Sjúkrasjóður  
Skrifstofa stéttarfélaganna  
Borgarmýri 1  
550 Sauðárkrókur  
Sími 453 5433



## Vottorð vinnuveitanda

Atvinnurekandi :

---

Kennitala :

---

Launamaður :

---

Kennitala :

---

Er viðkomandi búin/n að fullnýta veikindarétt sinn?      já \_\_\_\_\_      nei \_\_\_\_\_

Dagsetning síðasta dags á launum: \_\_\_\_\_

*Ef um launauppgjör eða veikindi maka er að ræða :*  
*Dagsetning síðasta dags á launum:* \_\_\_\_\_

Persónuafsláttur launamanns var nýttur til og með : \_\_\_\_\_

---

*Undirskrift atvinnurekanda / launafulltrúa*

---

*Dagsetning*

*Nánari upplýsingar gefur:*