

Toto potvrzení se vydává pro Colonnade Insurance S.A., organizační složka, Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4

TÍMTO POTVRZUJEME, ŽE ZAMĚSTNANEC

Jméno, příjmení

Datum nar.

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

JE / BYL ZAMĚSTNANCEM NAŠÍ SPOLEČNOSTI

Název společnosti

IČ

Adresa společnosti

Určitou

Uvedte datum od–do

Pracovní poměr je / byl uzavřen na dobu

Neurčitou

Uvedte datum od–do

Název pracovní pozice

Profesní činnost z důvodu dočasné pracovní neschopnosti nevykonává (uvedte datum od–do):

Vystavil(a)

E-mail

Telefon:

V

Dne

Razítko a podpis zaměstnavatele