

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

TÍMTO POTVRZUJEME, ŽE ZAMĚSTNANEC

Jméno a příjmení	Datum nar.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktní adresa	PSČ
<input type="text"/>	<input type="text"/>

JE/BYL ZAMĚSTNANCEM NAŠÍ SPOLEČNOSTI

Název společnosti	IČ	Adresa společnosti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pracovní poměr je / byl uzavřen na dobu	Určitou <input type="checkbox"/>	Uvedte datum od–do <input type="text"/>
	Neurčitou <input type="checkbox"/>	Uvedte datum od–do <input type="text"/>

Název pracovní pozice

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

Vystavil(a)	E-mail	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V	Dne
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Razítko a podpis zaměstnavatele