



## Potvrzení pro účely výplaty náhrady za ztrátu na výdělků

<b>ZAMĚSTNANEC</b>	Rodné číslo	Jméno a příjmení	
	Měsíc a rok		
	Počet odpracovaných hodin		
	Počet hodin placených průměr. hodinovým výdělkem (PHV) (dovolená, svátky, překážky v práci....)		
	Neomluvené směny	Neplacené volno	
	Hrubý příjem	Základ pro výpočet PHV	
	Dočasná pracovní neschopnost od	do	do práce nastoupil(a) dne
	Kalendářní dny nemoci	Pracovní dny nemoci	
	Vyplacená náhrada mzdy dle § 192 ZP		
	Průměrný hodinový výdělek pro výpočet náhrady mzdy (§ 356 ZP)		
	Datum vzniku pracovního poměru		
	Rozsah stanovené týdenní pracovní doby (plný-zkrácený)		
	V případě zkrácené stanovené týdenní pracovní doby uveďte plnou (v případě nerovnoměrně rozvržené pracovní doby doložte rozpis)		
	Pracovní poměr ukončen dne	Důvod	
Datum vystavení			
Vyřizuje – jméno, příjmení a telefon		Podpis a razítko zaměstnavatele	

<b>NEMOCENSKÉ DÁVKY</b>	<b>Potvrdí příslušná OSSZ</b>	
	Nemocenské vyplaceno od	do
	Vyplacené nemocenské za výše uvedené období	Kč
	Denní neredukovaný vyměřovací základ pro výpočet nemocenského	Kč
Datum vystavení		
Vyřizuje – jméno, příjmení a telefon		Podpis a razítko OSSZ

### Vyplněný formulář zašlete na adresu

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group  
P. O. Box 50, 664 42 Modřice