

SPRÁVCE		Blok:		Jméno:
Měsíc a rok:				Adresa:
den	od	do	hodin	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Svým podpisem na tomto lístku stvrzuji, že v tomto měsíci za mě bylo odvedeno minimální pojistné na veřejné zdravotní pojištění z hlavního zaměstnání, nebo je za mě plátcem stát.

**hodiny celkem:**

**podpis pracovníka:**

Další mimořádné odměny:

razítko objektu:

**Zde uvádějte pouze změny, například:**

adresy trvalého pobytu:

zdravotní pojišťovny:

jména nebo rodinného stavu, počtu dětí:

zaměstnání:

evidence pracovního úřadu:

telefonu nebo e-mailu:

vstupu do starobního nebo invalidního důchodu:

jméno delegáta, správce nebo pověřené osoby:

podpis delegáta, správce nebo pověřené osoby:

**kč/hod.**

**hod.:**

**hrubá mzda:**

Vyplňuje správa SBD

100,--

**podpis:**