

UNITATEA

Nr. /

Str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap., județul

Codul fiscal

Contul

Trezoreria/Banca

Telefon/Fax/Email

ADEVERINȚĂ

Se adeverește prin prezenta că dl./d-na, CNP, având funcția de în cadrul unității noastre, a beneficiat de următoarele venituri pe ultimele 6 luni anterioare intrării în concediu medical, precum și situația plății indemnizației de concediu medical, până la ultima zi plătită, după cum urmează:

AN/LUNĂ	VENIT BRUT	NR. ZILE LUCRĂTOARE

AN/LUNĂ CM	NR. ZILE CM	NR. ZILE LUCRATE	SUMA CM	SUMA ZILE LUCRATE

Director,
(Administrator)

.....

Întocmit,

.....