|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko pracownika** | **Liczba dni w miesiącu** | **Kwota wynagrodzeń** | **Refundacja** |
| **Ogółem brutto** | **Kwota wynagrodzeń za czas choroby ze środków pracodawcy** | **Kwota wynagrodzenia podlegająca refundacji** | **Refundacja za okres choroby (bez ZUS)** | **ZUS** | **Ogółem do refundacji** |
| **dni** | **kwota zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |  |  |  |  |  |

............................................................. ………………………………………………

 ( podpis głównego księgowego) ( podpis pracodawcy)