

Zamestnávateľ .....

### P o t v r d e n i e

o príjme zo závislej činnosti za rok 2020 na účely posúdenia nároku na poskytnutie dotácie na stravu

Potvrdzujeme, že p. ....

Narodený/á ..... trvale bytom .....

je /bol/ zamestnaný/á/ v našej firme od.....do.....

a za obdobie od ..... do ..... roku **2020** mal/a

**príjem** podľa § 18 zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (**čistý príjem**) a **náhradu príjmu** pri dočasnej neschopnosti:

Čistý príjem (bez náhrady príjmu pri dočasnej neschop. a bez daňového bonusu):	Daňový bonus	Náhrada príjmu pri dočasnej neschopnosti
06/20 v sume ..... EUR	..... EUR	..... EUR
07/20 v sume ..... EUR	..... EUR	..... EUR
08/20 v sume ..... EUR	..... EUR	..... EUR
09/20 v sume ..... EUR	..... EUR	..... EUR
10/20 v sume ..... EUR	..... EUR	..... EUR
11/20 v sume ..... EUR	..... EUR	..... EUR
12/20 v sume ..... EUR	..... EUR	..... EUR
SPOLU: ..... EUR	SPOLU: ..... EUR	SPOLU: ..... EUR

Dňa : .....

Č.tel.: .....

\_\_\_\_\_  
Pečiatka a podpis zodpovedného pracovníka