



Verkalýðsfélag Suðurlands
Suðurlandsvegur 3, 850 Hella
S: 487-5000 Fax: 487-5003
Netfang vs@vlf.is
Kt: 540174-0599

VOTTORÐ LAUNAGREIÐANDA:

Nafn fyrirtækis: _____

Kt: _____

Heimilisfang: _____ sími: _____

Hér með vottast að:

Nafn launþega: _____

Kt: _____

Varð óvinnufær vegna veikinda þann _____ (fyrsti dagur veikinda)

Hvaða dag lauk greiðsluskyldu launagreiðanda? _____ (síðasti dagur laungreiðslu)

Annað sem þarf að koma fram: _____

Staður og dags: _____

Undirskrift launagreiðanda: _____