

Az intézmény neve: _____

Címe (megye, város, utca, szám): _____

TB törzsszáma: _____

CSOPORTOS IGAZOLÁS

az egészségügyi hozzájárulásról szóló 1996. évi LXXXVIII. törvény
végrehajtására kiadott 202/1996. (XII. 23.) Korm rend. alapján
a mentori feladatot teljesítő hivatásos szolgálati jogviszonyban állók részére

Igazolom, hogy az alábbi dolgozók főállású hivatásos jogviszonyban foglalkoztatottak, részükre 200..... évben a havi egészségügyi hozzájárulás megfizetésre kerül (havi 1950 Ft):

Ssz.	NÉV	ANYJA NEVE	ADÓAZONOSÍTÓ JEL
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.			

_____, 200__ év _____ hónap ____ nap

munkáltató aláírása