Potvrdenie

UPSVR .................................. týmto potvrdzuje, že zamestnávateľovi .................................................... so sídlom ................................... (adresa), IČO ................ zastúpenému ................................. (meno štatutárneho zástupcu)

**bol/nebol\* a bude/nebude\* poskytnutý príspevok AOTP** v rámci zákona č.5/2004 na zamestnanca: ...................................................... (mena priezvisko) narodeného dňa: ..................................., **ktorého poskytovanie sa prekrýva s obdobím poskytovania pomoci IA pre OP ZaSI** na obdobie od .............................. do .............................

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko, titul: |  |
| Funkcia: |  |
| Podpis a pečiatka: |  |
| Dátum a miesto: |  |

\* nehodiace sa prečiarknuť