

POTRDILO DELODAJALCA za pridobitev abonmaja za zaposlene v Izoli

Potrujemo, da je _____
_____ (ime in priimek, naslov),
zaposlen(a) za določen čas do _____ / nedoločen čas (ustrezno podčrtajte)
v podjetju _____
_____ (naziv podjetja).

V _____, dne _____

žig

Podpis odgovorne osebe:
