

**ΤΑΜΕΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε. - Ν.Π.Ι.Δ.**

Κατοηικός διάδοχος του τ. Τομέα Ε.Α.Υ.Φ.Ε. του τ. Ν.Π.Δ.Δ. Τ.Ε.Α.Ι.Τ.

Έδρα: Χαηκοκονδύλη 56 | 104 32 | ΑΘΗΝΑ | www.teayfe.gr

Αρ.Πρωτ. :

Ημ/νια :

**Συμπληρώνονται από το Φορέα*

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΠΟΔΟΧΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ 24ΜΗΝΟΥ

Ο υπογεγραμμένος εργοδότης

Δ/νση: Πόλη:

Βεβαιώνω ότι

ο/η υπάλληλός μου

αποχώρησε οριστικά από την εργασία του/της την: / /

Οι ακαθάριστες αποδοχές του/της παραπάνω υπαλλήλου μου είχαν ως κάτωθι κατά τους 24 μήνες πριν αποχωρήσει από την εργασία του/της:

Μ Η Ν Ε Σ	ΕΤΟΣ:	ΕΤΟΣ:	ΕΤΟΣ:
Α Π Ο Δ Ο Χ Ε Σ			
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ
ΑΠΡΙΛΙΟΣ
ΜΑΙΟΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ
ΙΟΥΛΙΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ

Ημερομηνία

Υπογραφή