(imię i nazwisko)

Stanowisko służbowe _____

Przydział służb. _____

Imiona dzieci					
Data urodzenia					
Uczęszcza do szkoły w czasie od.... do.....					

Nazwa jednostki

Kartę założono dnia _____ r.

OBLICZANIE UPOSAŻENIA STAŁEGO

POTRĄCENIA

Mies.	Nr listy	WYNAGRODZENIE ZASADNICZE	DODATEK FUNKCYJNY	DODATEK STAŻOWY	PREMIA			RAZEM NALEŻNOŚĆ	WYNAGR. CHOR.	UBEZP. SPOŁECZNE	UBEZP. ZDROWOT.	ZAL. NA PODATEK					ZASIŁEK PIELĘGNACYJNY	ZASIŁEK RODZINNY	KONTO	DO WYPŁATY	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

WYPŁATY JEDNORAZOWE

Data	Numer	Tytuł wypłaty	Kwota	Ubezpieczenie społeczne	Ubezpieczenie zdrowotne	UBEZP. ZDROW.	ZAL. NA PODATEK	DO WYPŁATY	

Uwagi:

r.		
I		
II		
III		
IV		
V		
VI		
VII		
VIII		
IX		
X		
XI		
XII		