**Załącznik nr 1**

Wykaz pracowników objętych wnioskiem o przyznanie refundacji kosztów na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne zatrudnianych pracowników poniesionych przez pracodawcę, którego zakład został zniszczony na skutek powodzi

| Lp. | Imię i nazwisko | Pesel | Adres miejsca świadczenia pracy | Wysokość wynagrodzenia brutto pracownika | Wysokość składek na ubezpieczenia społeczne odprowadzanych przez pracodawcę | Łączna wysokość refundacji za 1 miesiąc | Proponowany okres refundacji  (w miesiącach) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| … | … | … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … | … | … |
| … | … | … | … | … | … | … | … |
| **RAZEM:** | | | | … | … | … | … |

Pieczątka i czytelny podpis osoby   
uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: Wybierz element.