

Μηνιαία Αναλυτική Κατάσταση Μισθοδοσίας

Αριθμός αίτησης _____

Μήνας _____ Έτος _____

Εταιρεία: _____

Όνομα εργοδοτούμενου: _____

Αριθμός Δελτίου ταυτότητας: _____

Αριθμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων: _____

Ημερομηνία πρόσληψης: _____

Βασικός Μηνιαίος Ακάθαρτος Μισθός _____

Εργάσιμες ώρες ή εργάσιμες μέρες _____

Συνολικές ώρες ή μέρες μήνα _____

Μηνιαίο Μισθολογικό Κόστος Εργοδότη		
	%	
Μηνιαίος ακαθάριστος μισθός		€
Υπερωρίες/13ος μισθός/Φιλοδώρημα		€
Ταμείο Αδειών (0% αν υπάρχει εξαίρεση)		€
Σύνολο Μηνιαίου Ακαθάριστου Μισθού και Ταμείου Αδειών		€
Ταμείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων	8,30	€
Ταμείο Πλεονάζοντος Προσωπικού	1,20	€
Ταμείο Ανθρώπινου Δυναμικού – Βιομηχανικής Κατάρτισης	0,50	€
Ταμείο Κοινωνικής Συνοχής	2,00	€
Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ)	2,90	€
Σύνολο Μηνιαίου Μισθολογικού Κόστους Εργοδότη		€

Μισθός εργοδοτούμενου		
	%	
Βασικός ακάθαρτος μισθός		€
Υπερωρίες/13ος μισθός/Φιλοδώρημα		€
Σύνολο Ακαθάριστου Μισθού		€
Αφαίρεση Ταμείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων – υποχρέωση εργοδοτούμενου	8,30	€
Αφαίρεση Εισφορών στο Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ)	2,65	€
Καθαρός μισθός		€

Υπογραφή εργοδότη _____

Σφραγίδα εργοδότη: _____

Χειρόγραφη δήλωση από τον ίδιο τον εργοδοτούμενο για την παραλαβή των χρημάτων: _____

Υπογραφή εργοδοτούμενου: _____