

Imię:.....

data.....

Nazwisko:.....

PESEL:.....

Teatr Polski im. Arnolda Szyfmana

w Warszawie

ul. Karasia 2 00-327 Warszawa

zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRACEŃ

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy następujących kwot tytułem finansowanej przeze mnie składki w umowie grupowego ubezpieczenia:

GRUPOWE UBEZPIECZENIE PZU NA ŻYCIE PLUS

POLISA NR:.....

SKŁADKA: kwota.....zł (słownie).....zł

.....

Data i czytelny podpis pracownika