

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(miejscowość i data)

.....
(adres zamieszkania)

.....

NUTRIFARM SP.Z O.O.
Pustynia 84G
39-200 Dębica

**Oświadczenie pracownika o wyrażeniu zgody na dokonywanie
potrąceń z wynagrodzenia**

Upoważniam Pracodawcę do comiesięcznego potrącania z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy składki ubezpieczeniowej **z tytułu przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia grupowego na życie .**

.....
(podpis pracownika)