

Imię i Nazwisko

.....

PESEL

.....

Numer ewidencyjny

.....

Nr telefonu

.....

VMG KONSTANTYNOW Sp. z o.o.

Niesięcin 7

95-050 Konstantynów Łódzki

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ*

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, składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia, w kwocie** zł.

.....

Data i czytelny podpis pracownika

****Dokument wydany na potrzeby pracodawcy, brak konieczności przesyłania do PZU Życie SA.***

*****Suma składek za ubezpieczonego oraz współubezpieczonych.***