



Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

ul. Rybacka 1

70-204 Szczecin

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCENÍ*

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia składki na ubezpieczenie grupowe w wysokości _____ zł. (słownie: _____ złotych) za pracownika oraz współubezpieczonych. Kwota obejmuje składki za warianty podstawowe oraz pakiety dodatkowe.

Potrącenia będą dokonywane począwszy od dnia _____ r.

Data i czytelny podpis pracownika

* Wniosek należy dostarczyć do Działu Płac