

.....
Imię i nazwisko

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ

Wyrażam zgodę na dokonywanie potrąceń z mojego wynagrodzenia, wynagrodzenia za czas choroby, zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności od pracodawcy tytułem finansowanej przeze mnie składki dodatkowego grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus obejmującego opiekę medyczną PZU Twoje zdrowie w wysokości- **zł**/ miesięcznie, począwszy od miesiąca

.....
(czytelny podpis pracownika)