

.....
imię

.....
nazwisko

.....
pesel:

Koleje Wielkopolskie Sp. z o.o.
ul. Składowa 5
61-897 Poznań
zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA 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, zaliczki na podatek dochodowy od kwoty **58,75** (kwota finansowana przez pracodawcę) oraz dopłaty następującej kwoty tytułem finansowanej przeze mnie składki w umowie grupowego ubezpieczenia Opieka Medyczna S (polisa nr 707085544):

Nazwa ubezpieczenia	Kwota składki (dopłata ze środków Pracownika)
Opieka Medyczna S	

.....
data

.....
podpis pracownika