

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

ul Jurija Gagarina 11 87-100 Toruń

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Ul. Jagiellońska 13-15 85-067 Bydgoszcz

Zwany dalej pracodawcą

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ*

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu/ Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego, zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, opiekuńczego oraz świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego, należności z tytułu składki grupowego ubezpieczenia dot. mojego ubezpieczenia oraz zgłoszonych członków rodziny (współmałżonek/partner życiowy/dziecko)

.....

Data i czytelny podpis pracownika