

Imię i nazwisko

data.....

Adres zamieszkania:

Ulica Numer domu/mieszkania

Miejscowość..... Kod pocztowy

Werner Kenkel Sp. z o.o.
ul. Mórkowska 3
64-117 Krzycko Wielkie

OŚWIADCZENIE PAKIETY MEDYCZNE PZU

1. Niniejszym wnoszę o comiesięczne potrącenie 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 objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym:

Kwota.....zł (słownie.....)

i przekazania ww. kwoty do Towarzystwa Ubezpieczeń PZU ŻYCIE S.A.

Oświadczam, że w przypadku niemożności potrącenia bądź utrudnień związanych z potrąceniem ww. kwoty powyższe należności zobowiązuję się uregulować na rachunek bankowy firmy: 21 1500 1517 1215 1001 3440 0000 w terminie 7 dni od daty otrzymania wynagrodzenia/zasiłku.

W przypadku nieuregulowania płatności w powyższym terminie wyrażam zgodę na podjęcie przez Pracodawcę odpowiednich kroków prawnych w celu wyegzekwowania należności.

2. W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuje się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z umową ubezpieczenia, ogólnymi warunkami ww. ubezpieczenia zdrowotnego oraz obowiązującego regulaminu.

.....
podpis pracownika