

Imię i nazwisko

data.....

Adres zamieszkania:

Ulica Numer domu/mieszkania

Miejscowość..... Kod pocztowy

Werner Kenkel Bochnia Sp. z o.o.

ul. A. Mityry 7

32-700 Bochnia

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: 14 1020 4027 0000 1302 1232 6791w 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