

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Centrum Szkolenia Wojsk Obrony Terytorialnej
ul. Jagiełły 11-23
86-300 Grudziądz
zwany dalej Pracodawcą

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCENÍ*

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie od dnia **01.10.2026 r.** z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od Pracodawcy następujących kwot tytułem finansowanej przeze mnie składki w umowie grupowego ubezpieczenia PZU na Życie Plus wraz z pakietami dodatkowymi (*wpisz imię i nazwisko swoje oraz osoby bliskiej, jeśli też przystępuje do ubezpieczenia i podaj kwotę potrącenia za każdą z osób a następnie podsumuj*):

	Imię i nazwisko osoby przystępującej	Składka tączna z wybranego wariantu podstawowego i pakietów dodatkowych
- pracownik		
- małżonek		
- partner życiowy		
- pełnoletnie dziecko		
- pełnoletnie dziecko		
- pełnoletnie dziecko		

Kwota składki:**

(słownie:

)

W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

Data i czytelny podpis pracownika

* Oświadczenie składane pracodawcy, brak konieczności przesyłania do PZU Życie SA.

** Suma składek za ubezpieczonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych.