

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

**Radomski Szpital Specjalistyczny
im. Dr. Tytusa Chałubińskiego**

ZGODA NA DOKONYWANIE POTRĄCENÍ

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę/ umowy cywilno - prawnej (kontraktu)/ umowy zlecenia oraz 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:

Nazwa ubezpieczenia	Kwota składki*
Wariant I – PNŻ Plus	
Wariant II – PNŻ Plus	
Wariant III – PNŻ Plus	
Wariant IV – PNŻ Plus	
Wariant V - PNŻ Plus	
Wariant VI - PNŻ Plus	
Wariant VII - PNŻ Plus	
Ochrona dla dziecka	
Wsparcie na wypadek nowotworu	
Wsparcie dla Twojego serca	
Wsparcie dla Rodziny	

i przekazywanie jej na rachunek wskazany przez PZU Życie SA

.....

Data i czytelny podpis pracownika

* Suma składek za ubezpiezonego, ubezpieczonych bliskich oraz współubezpieczonych.