

ZGODA NA POTRĄCANIE SKŁADEK Z WYNAGRODZENIA

Imię i nazwisko

PESEL.....

Dane kontaktowe prywatne: e-mail.....numer telefonu.....

Departament/Biuro

Ja, niżej podpisana/y wyrażam wolę przystąpienia do programu grupowego ubezpieczenia medycznego i wybieram (zaznacz wybrane warianty znakiem „X”):

PAKIET	INDYWIDUALNY		PARTNERSKI		RODZINNY	
START	94,53 zł		188,81 zł		283,09 zł	
KOMFORT	160,04 zł		319,83 zł		479,62 zł	
KOMFORT PLUS	291,69 zł		583,13 zł		874,57 zł	
OPTIMUM	449,69 zł		899,13 zł		1 348,57 zł	

KARTA LEKOWA „Recepta na Twoje zdrowie”	7,25 zł x = zł
---	----------------------------

Zgoda dotyczy składki w wysokości łącznejPLN

(słownie:..... złotych) miesięcznie.

Termin objęcia ubezpieczeniem opieki medycznej to:.....

Działając zgodnie z art. 91 Kodeksu Pracy niniejszym wyrażam pisemną zgodę na potrącanie składek na grupowe ubezpieczenie opieki medycznej z mojego wynagrodzenia za pracę.

W przypadku zmian dotyczących powyższego wniosku zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania pracownika Wydziału Naliczania Płac Biura Dyrektora Generalnego (BDG9) o zaistniałych zmianach. Wniosek należy złożyć bezpośrednio do Wydziału Naliczania Płac (BDG9) lub w zamkniętej kopercie w Sekretariacie BDG (p. 4226).

Pracownik (członek Klubu):

.....
Data i czytelny podpis