

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA
Zgoda na potrącenie składek

.....
Imię i nazwisko Pracownika

.....
Pesel Pracownika

Upoważniam zakład pracy do potrącania miesięcznej składki ubezpieczeniowej z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa lub z innych wypłat, za ochronę Ubezpieczonego wskazanego w niniejszym oświadczeniu.

Kwota:

.....
Data, podpis Pracownika