



## ZGODA NA OBCIĄŻANIE RACHUNKU Z TYTUŁU WPŁAT NA IKZE W DFE PZU

Niniejszym wyrażam zgodę

nazwa i adres odbiorcy: <b>Dobrowolny Fundusz Emerytalny PZU</b> <b>Al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa</b>	identyfikator odbiorcy *										
		1	0	7	0	0	2	0	9	8	8

na obciążanie wskazanego niżej rachunku bankowego, w drodze polecenia zapłaty, każdego miesiąca w kwocie     ,   zł. W przypadku niepodania kwoty zgadzam się na comiesięczne obciążenie wskazanego niżej rachunku kwotą w wysokości 50,00 zł (minimalna kwota wpłaty do DFE zgodnie z zapisami § 1 Ogólnych warunków umowy IKZE).

imię i nazwisko płatnika:
adres płatnika:
numer rachunku bankowego płatnika: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
nazwa banku (oddziału) prowadzącego rachunek bankowy płatnika:
identyfikator płatności (numer Umowy Oszczędzającego w IKZE w DFE PZU): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla wskazanego wyżej banku na obciążanie mojego (naszego) rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty z tytułu wpłat na IKZE w DFE PZU. Odwołanie zgody wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności. W przypadku braku możliwości obciążenia rachunku DFE PZU będzie trzykrotnie ponawiało próby w okresie danego miesiąca.

miejsce

 -   -    

data

podpis płatnika – posiadacza rachunku bankowego

\* identyfikator odbiorcy powinien być identyczny z 10-cio cyfrowym numerem NIP odbiorcy

**PROSIMY O ODESŁANIE TEGO DOKUMENTU WRAZ Z UMOWĄ IKZE DO PZU CO**



ZOR/IKZE/1