**Imię:** ……………………………………………….

**Nazwisko:** ………………………………..…….

**PESEL:** …………………………..……………….

Centrum Onkologii - Instytut

im. Marii Skłodowskiej-Curie

w Warszawie

ul. Wawelska 15B

**zwany dalej Pracodawcą**

**WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ**

Niniejszym upoważniam Pracodawcę do comiesięcznego potrącania z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do grupowego ubezpieczenia:

1. ***Typ P Plus****: kwota ……………….. zł ( słownie ………………….…………………………………… złotych),* ***wariant nr ………***
2. ***za*** ***członka rodziny*** : kwota ............zł (*słownie ..................................................... złotych),* ***wariant nr ………***

i przekazywania ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, wpisanego do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000030211.

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

…………………………………..………………………………..

*Data i czytelny podpis pracownika*