

Imię

Nazwisko

PESEL

Tel. do kontaktu

Narodowy Instytut Onkologii
im. Marii Skłodowskiej – Curie -
Państwowy Instytut Badawczy
zwany Pracodawcą

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCENÍ

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:

Dla pracownika:

☐ składka 68,50 zł, ☐ składka 88,50 zł, ☐ składka 94,50 zł, ☐ składka 129,00 zł, ☐ składka 144,00 zł,
☐ składka 79,50 zł, ☐ składka 99,00 zł

Dla współmałżonka / partnera życiowego:

☐ składka 68,50 zł, ☐ składka 88,50 zł, ☐ składka 94,50 zł, ☐ składka 129,00 zł, ☐ składka 144,00 zł,
☐ składka 79,50 zł, ☐ składka 99,00 zł

Dla pełnoletniego dziecka:

☐ składka 68,50 zł, ☐ składka 88,50 zł, ☐ składka 94,50 zł, ☐ składka 129,00 zł, ☐ składka 144,00 zł,
☐ składka 79,50 zł, ☐ składka 99,00 zł

i przekazywania ww. kwoty/kwot do Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.
W przypadku jakichkolwiek zmian w zakresie wyżej wskazanych potrąceń, zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania Pracodawcy zaktualizowanego wniosku.

Pracownik

.....
Data i czytelny podpis pracownika