

Data: ..... 20..... r.

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

.....

## ZGODA PRACOWNIKA NA POTRĄCANIE SKŁADKI ZA UBEZPIECZENIA

Ja niżej podpisana/y ..... oświadczam, że od dnia 01 ..... 20..... roku **WYRAŻAM ZGODĘ** na potrącanie składek za **MOJE ubezpieczenia grupowe** z oferty Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Nauki:

składka nr 1 : ..... PLN/miesiąc, zakład ubezpieczeń: .....

składka nr 2 : ..... PLN/miesiąc, zakład ubezpieczeń: .....

Od dnia 01 ..... 20..... roku **WYRAŻAM także ZGODĘ** na potrącanie z **moich poborów** składek za ubezpieczenia grupowe z oferty SWRN za **moją/je/ego**:

- **dziecko:** .....,

składka: ..... PLN/miesiąc, zakład ubezpieczeń: .....

- **dziecko:** .....,

składka: ..... PLN/miesiąc, zakład ubezpieczeń: .....

- **żona/mąż:** .....,

składka: ..... PLN/miesiąc, zakład ubezpieczeń: .....

- **partnerka/partner:** .....,

składka: ..... PLN/miesiąc, zakład ubezpieczeń: .....

- **rodzic/rodzic współmałżonka:** .....,

składka: ..... PLN/miesiąc, zakład ubezpieczeń: .....

- **rodzic/rodzic współmałżonka:** .....,

składka: ..... PLN/miesiąc, zakład ubezpieczeń: .....

- **rodzic/rodzic współmałżonka:** .....,

składka: ..... PLN/miesiąc, zakład ubezpieczeń: .....

.....

Czytelny podpis Pracownika - **IMIENIEM I NAZWISKIEM**