Gać, dnia r

Imię i nazwisko

Stanowisko

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

Ja niżej podpisany oświadczam, iż wyrażam zgodę na potrącenia z moich poborów począwszy od miesiąca ………………………………………. 2020 roku kwoty ……………….. zł brutto jako koszt pracownika finansowany przez pracownika w *programie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Towarzystwa Ubezpieczeń Zdrowie S.A. dla pracowników Zakładu Gospodarowania Odpadami GAĆ Sp. z o.o.*

………………………………………………….

Podpis pracownika