…………………………..

Data

…………………………

Imię i Nazwisko

…………………………

PESEL

WNIOSEK O DOKONYWANIE POTRĄCEŃ

Niniejszym wnoszę o comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i z zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy, składki ubezpieczeniowej z tytułu przystąpienia do Opieki Medycznej   
w kwocie zł………… ( słownie złotych ………………………………………………….)

………………………………………..

Czytelny podpis pracownika