

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko Pracownika)

.....
(nr komputera)

.....
(Spółka Grupy TAURON)

Zgoda na potrącenie kwoty z wynagrodzenia

Oświadczam, że w związku z przystąpieniem do opieki medycznej wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia kwoty wynikającej z wybranych przeze mnie wariantów, zgodnie ze złożonym wnioskiem przystąpienia.

.....
(podpis pracownika)