

**OŚWIADCZENIE ZGODY NA POTRĄCANIE SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA  
(dotyczy Benefitplanu Rozszerzonego świadczonego przez Grupę LUX MED)**

.....  
Imię i nazwisko Pracownika

.....  
Dział

.....  
Adres zamieszkania

Niniejszym z dniem podpisania oświadczenia, wyrażam zgodę na potrącanie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia miesięcznej składki z tytułu przystąpienia do **Benefitplanu Rozszerzonego** świadczonego przez grupę LUX MED, zgodnie z wybranym typem Benefitplanu:

**(wybrany wariant należy zaznaczyć znakiem x)**

**Typ Benefitplanu:**

☐

**Indywidualny (1,00)**

☐

**Partnerski (174,70 zł)**

☐

**Rodzinny (432,90 zł)**

Cofnięcie zgody na potrącanie składki możliwe jest po upływie okresu karencji wynoszącego 12 miesięcy od momentu zapisu do Benefitplanu i jest jednoznaczne z rezygnacją uczestnictwa w Benefitplanie.

.....  
Data wypełnienia oświadczenia

.....  
Podpis pracownika