

Warszawa, 26.11.2021

.....
Miejscowość, data

ALINA MULIK

JANA KAZIMIERZA, 48/7

01-248, WARSZAWA

15.07.1996

ITECHART GROUP SP. Z O.O.

Zgoda na potrącanie należności z wynagrodzenia

Przystępuję do pakietu opieki medycznej od dnia **01.01.2022** w ramach wariantu:

Kompleksowy Pracownik

Wyrażam zgodę na doliczenie wartości opieki **0,00 zł** do miesięcznego przychodu.

Wyrażam zgodę na potrącanie wartości opieki dodatkowej w wysokości **157,50 zł** łącznie z wynagrodzenia oraz świadczeń wypłacanych przez Pracodawcę począwszy od miesiąca **styczeń 2022**.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z „Regulaminem programu opieki medycznej dla pracowników”.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o waloryzacji stawki z tytułu udzielanych świadczeń zdrowotnych.



.....
czytelny podpis Pracownika