Rybnik, dnia

nazwisko i imię pracownika

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

nazwa zakładu pracy

ulica, numer

kod pocztowy, miejscowość

**Wniosek o dokonywanie potrąceń**

Wyrażam zgodę na dokonywanie z mojego wynagrodzenia za pracę (w tym chorobowego)   
i z zasiłków z ubezpieczenia społecznego od miesiąca ………….………… następujących potrąceń:*(1)*

wpisowe na rzecz MKZP przy CUW w Rybniku w kwocie ……………………………………………………

wkłady na rzecz MKZP przy CUW w Rybniku w kwocie

raty pożyczki na rzecz MKZP przy CUW w Rybniku w kwocie

składka na Kasę Pośmiertną MKZP przy CUW w Rybniku w kwocie

składka związkowa na rzecz:

ZNP – w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego brutto z umowy

NSZZ Solidarność – w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego brutto z umowy (dotyczy pracowników oświaty)

NSZZ Solidarność – w wysokości 0,82% kwoty miesięcznych przychodów z tytułu zatrudnienia w ramach stosunku pracy (z uwzględnieniem dodatków płacowych)

składka ubezpieczeniowa na rzecz PZU S.A. w łącznej kwocie …………………………….., z czego:

polisa nr kwota

polisa nr kwota

polisa nr kwota

składka ubezpieczeniowa OC nauczycieli na rzecz PZU S.A. w kwocie

składka ubezpieczeniowa na rzecz*(2)* w kwocie ………….…

rata pożyczki na rzecz ZFŚS w kwocie

składka na rzecz Krajowej Izby Fizjoterapeutów w kwocie……………………… na indywidualny

rachunek bankowy o numerze

składka na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach w wysokości 1% wynagrodzenia zasadniczego brutto z umowy

inne

podpis pracownika

***Legenda:***

1. *Należy zaznaczyć (i uzupełnić) właściwe opcje.*
2. *Należy podać nazwę ubezpieczyciela.*