………………………………………………….. ………………………………dnia…………………..

( Nazwisko i imię ) (Miejscowość) (data)

……………………………………………………

( Identyfikator/PESEL\* )

…………………………………………………….

( Jednostka )

**OŚWIADCZENIE**

**Wyrażam zgodę na potrącanie** z przysługującego mi uposażenia/wynagrodzenia\* niżej wymienionej(-ych) kwoty/kwot\* tytułem opłacenia składki ubezpieczeniowej .

Proszę dokonać pierwszego potrącenia składki ubezpieczeniowej należnej za miesiąc ………………………………roku……………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ubezpieczyciel** | **Numer polisy** | **Kwota** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

 …………………………………………………………………………

\*niewłaściwe skreślić ( **Czytelny podpis** składającego oświadczenie )