

.....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:

..... 2019

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

*niewłaściwe skreślić

.....
(**Czytelny podpis** składającego oświadczenie)