

Nazwisko i imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Telefon Pracownik (skrót jednostki)

DEKLARACJA

Deklaruję miesięczny wkład członkowski do Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Centrum Usług Wspólnych w Rybniku w wysokości zł.

.....
data

.....
własnoręczny podpis

Nazwisko i imię Jednostka (skrót)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie wkładu członkowskiego w wysokości zł z mojego wynagrodzenia za pracę (w tym chorobowego) i z zasiłków z ubezpieczenia społecznego od miesiąca do czasu kolejnej zmiany lub odwołania – na rzecz MKZP przy CUW.

.....
data

.....
własnoręczny podpis