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.*