

Miejscowość, data _____

Imię i nazwisko: _____

Pesel: _____

Nr ewidencyjny _____

**ZGODA NA POTRĄCENIE
SKŁADKI NA OPIEKĘ MEDYCZNĄ MEDICOVER ZDROWA FIRMA
przez Pracodawcę:**

W związku z przystąpieniem do dobrowolnego pakietu Opieki Medycznej Medicover Zdrowa Firma, wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłków chorobowych, macierzyńskich, poniższych kwot składek w trybie miesięcznym.

Proszę wpisać kwotę wybranego wariantu w odpowiednie pole:

Rodzaj wariantu	Kwota	Pracownik
Zdrowie Extra Indywidualny (Single)	108,90 zł	__ __ __, __ __ zł
Zdrowie Extra Para (Couple)	217,80 zł	__ __ __, __ __ zł
Zdrowie Extra Rodzina (Family)	302,50 zł	__ __ __, __ __ zł
Zdrowie Premium Indywidualny (Single)	126,50 zł	__ __ __, __ __ zł
Zdrowie Premium Para (Couple)	253,00 zł	__ __ __, __ __ zł
Zdrowie Premium Rodzina (Family)	361,90 zł	__ __ __, __ __ zł

Czytelny podpis pracownika