

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 Medcover 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 Partnerski (Couple)	42,90 zł	__ __, __ __ zł
Zdrowie Rodzina (Family)	66,00 zł	__ __, __ __ zł
Zdrowie Extra Indywidualny (Single)	66,00 zł	__ __, __ __ zł
Zdrowie Extra Partnerski (Couple)	174,90 zł	__ __ __, __ __ zł
Zdrowie Extra Rodzina (Family)	259,60 zł	__ __ __, __ __ zł
Zdrowie Premium Indywidualny (Single)	83,60 zł	__ __, __ __ zł
Zdrowie Premium Partnerski (Couple)	210,10 zł	__ __ __, __ __ zł
Zdrowie Premium Rodzina (Family)	319,00 zł	__ __ __, __ __ zł

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis pracownika