

Miejscowość, data _____

Imię i nazwisko: _____

Pesel: _____

Nr ewidencyjny _____

**ZGODA NA POTRĄCENIE
SKŁADKI NA OPIEKĘ MEDYCZNĄ MEDICOVER ZDROWA FIRMA
przez Pracodawcę:(Nazwa Spółki)**

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 Partnerski (Couple)	48,05 zł	__ __, __ __ zł
Zdrowie Rodzina (Family)	73,92 zł	__ __, __ __ zł
Zdrowie Extra Indywidualny (Single)	73,92 zł	__ __, __ __ zł
Zdrowie Extra Partnerski (Couple)	195,89 zł	__ __ __, __ __ zł
Zdrowie Extra Rodzina (Family)	290,75 zł	__ __ __, __ __ zł
Zdrowie Premium Indywidualny (Single)	93,63 zł	__ __, __ __ zł
Zdrowie Premium Partnerski (Couple)	235,31 zł	__ __ __, __ __ zł
Zdrowie Premium Rodzina (Family)	357,28 zł	__ __ __, __ __ zł

Czytelny podpis pracownika