

Miejscowość, data _____

Imię i nazwisko: _____

Dział: _____

Nr ewidencyjny _____

**ZGODA NA POTRĄCENIE Z WYNAGRODZENIA
SKŁADKI NA PAKIET SPORTOWY MEDICOVER SPORT
przez Pracodawcę VTR/VLS/VM***

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłków chorobowych, macierzyńskich, poniższych kwot składek w trybie miesięcznym, z tytułu mojego uczestnictwa w Medcover Sport i korzystania z Multipakietów od dnia 01/___/202__.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma(y), iż dofinansowanie pracodawcy w kwocie 20 zł do uczestnictwa w Medcover Sport stanowi podstawę naliczenia miesięcznej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.

Proszę zaznaczyć X obok kwoty wybranego pakietu:

Rodzaj pakietu	Kwota potrącenia	
Pakiet Light Fit	56,00 zł	<input type="checkbox"/>
Pakiet Light Fit Open	72,00 zł	<input type="checkbox"/>
Pakiet Go Fit	71,00 zł	<input type="checkbox"/>
Pakiet Go Fit Open	104,00 zł	<input type="checkbox"/>
Pakiet Fit and More	89,00zł	<input type="checkbox"/>
Pakiet Fit and More Open	120,00 zł	<input type="checkbox"/>
Pakiet Go Fit Osoba Towarzysząca	232,50 zł	<input type="checkbox"/>
Pakiet Fit and More Osoba Towarzysząca	248,50 zł	<input type="checkbox"/>
Dziecko Agua Open	61,00 zł	<input type="checkbox"/>
Dziecko Junior Open	132,50 zł	<input type="checkbox"/>

Imię i nazwisko Osoby Towarzyszącej lub/i Dziecka: _____

Czytelny podpis pracownika

*niepotrzebne skreślić