**OŚWIADCZENIE**

……………………….., dnia ……………….

……………………………………

(imię i nazwisko pracownika)

……………………………………

(numer kadrowy SAP ZKL)

……………………………………

(komórka organizacyjna)

Wyrażam zgodę na jednorazowe potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę ,należności w kwocie 1,00 zł z tytułu ponadstandardowej opieki medycznej \* w zakresie (właściwe podkreślić):

- badania ginekologiczne

- badania ortopedyczne

- badania angiologiczne

- inne: ……………………………………….

……………………………………………

(czytelny podpis pracownika)

\*/Na podstawie ZUZP dla pracowników KWB Turów Spółki PGE GiEK S.A. załącznik nr 15 § 3 ust. 2.3.