Wrocław, dnia..........................

........................................................

Imię i nazwisko pracownika

........................................................

Dział, Stanowisko

## Oświadczenie pracownika

Zwracam się z prośbą o zgłoszenie mojej osoby do abonamentu medycznego.

Jednocześnie **wyrażam zgodę na potrącenie** z mojego comiesięcznego wynagrodzenia kwoty **…………...… zł**

………………………………..

*Data i podpis pracownika*