|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |   |   | Regionalny Zarząd Gospodarki Wodnej w Warszawie ……………………………………………………………….…… |
|   |   |   |  Data wpływu do opiekuna w KZGW/RZGW |
|   |   |   |   |
|  **Upoważnienie dla pracodawcy do dokonywania potrąceń składek na** **Ubezpieczenie zdrowotne** |
|  |
| **Imię i nazwisko pracownika: ………………………………………………………………………………………………………………………..**nr ewidencyjny: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**Jednostka organizacyjna zatrudniająca pracownika: ……………………………………………………………………………………** |
|
|
| * Przystępuję do Ubezpieczenia zdrowotnego: [ ]  od miesiąc i rok \_\_\_ /\_\_\_\_\_

 * Zmiana Pakietu medycznego w trakcie Ubezpieczenia zdrowotnego: [ ]  od miesiąc i rok \_\_\_/\_\_\_\_\_

  |
| * Zmiana danych Ubezpieczonego (np. zmiana adresu, nazwiska): [ ]  od miesiąc i rok \_\_\_/\_\_\_\_\_
 |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PAKIET** | **ZAKRES** | **Koszt pakietu zgodnie z Umową**  | **KWOTA DOFINANSOWANIA PGW WP** | **KWOTA POTRĄCENIA z wynagrodzenia Pracownika (różnica pomiędzy wartością pakietu, a kwotą dofinansowania PGW WP)** | **Wybieram Pakiet \* (wpisz X przy wybranym pakiecie)** |
| KOMFORT | INDYWIDUALNY | 60,00 zł | 55,00 zł | 5,00 zł |   |
| KOMFORT | PARTNERSKI | 200,00 zł | 55,00 zł | 145,00 zł |   |
| KOMFORT | RODZINNY | 340,00 zł | 55,00 zł | 285,00 zł |   |
| **PAKIET** | **ZAKRES** |   |   |   |   |
| KOMFORT PLUS | INDYWIDUALNY | 176,50 zł | 55,00 zł | 121,50 zł |   |
| KOMFORT PLUS | PARTNERSKI | 441,00 zł | 55,00 zł | 386,00 zł |   |
| KOMFORT PLUS | RODZINNY | 705,50 zł | 55,00 zł | 650,50 zł |   |
| **PAKIET** | **ZAKRES** |   |  |   |   |
| OPTIMUM | INDYWIDUALNY | 252,00 zł | 55,00 zł | 197,00 zł |   |
| OPTIMUM | PARTNERSKI | 567,50 zł | 55,00 zł | 512,50 zł |   |
| OPTIMUM | RODZINNY | 883,00 zł | 55,00 zł | 828,00 zł |   |

**Wybieram Pakiet:\*wpisz nazwę pakietu** |
| **UPOWAŻNIENIE DLA PRACODAWCY** |
| Ja niżej podpisana(y) ……………………………………………………………..…………..……………… upoważniam Pracodawcę |
| tj. PGW Wody Polskie w KZGW\*/RZGW\* (zaznaczyć właściwe) w………………………....……………………………………………………………….. do potrącania z mojego comiesięcznego |
| wynagrodzenia *(rubryka „Kwota potrącenia z wynagrodzenia),* **kwoty …………………………………………………………………………………zł** **(łączna kwota brutto) za wybrany pakiet medyczny oraz zaliczki na podatek dochodowy zgodnie z obowiązującymi przepisami, od kwoty 55,00 zł finansowanej przez PGW Wody Polskie.** |
|  |   |   |   |  Data i podpis pracownika |