|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 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 |