

.....
.....
.....
(Imię, nazwisko, adres)

.....
(miejsowość, data)

.....
.....
(szkoła)

GZO Pawłowice
Dział Płac

ZGODA PRACOWNIKA

Na podstawie art. 91 Kodeksu pracy wyrażam zgodę na potrącanie z tytułu:

Składki* MKZP przy GZO Pawłowice w kwocie zł

od do

Raty pożyczki* MKZP przy GZO Pawłowice w kwocie zł

od do

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić