…………………………………………………… ……………………………….,DNIA

(Imię i Nazwisko ) Miejscowość

……………………………………………………

……………………………………………………

( adres zamieszkania )

…………………………………………………..

( PESEL)

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA**

**W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA POTRĄCANIE NALEŻNOŚCI**

**Z WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ PRZEZ:**

**………………………………………………………………………………………..**

( nazwa pracodawcy)

Zgodnie z art.91 Kodeksu Pracy oświadczam ,że zgadzam się na potrącanie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia za pracę

poczynając od miesiąca ……………………….. ……………… do odwołania należności w kwocie 0,5% miesięcznych dochodów brutto

tytułem składki członkowskiej Związku Zawodowego Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii

……………………………

(podpis)