

....., dn.

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Jednostka Organizacyjna)

Oświadczenie

Wyrażam **zgode na dokonywanie** przez pracodawcę **potrąceń** z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłku chorobowego należności z tytułu zobowiązań wobec MKZP przy Centrum Usług Wspólnych w Piasecznie.

Niniejsza zgoda obowiązuje do czasu członkostwa w MKZP.

.....
(podpis pracownika składającego oświadczenie)