

Gliwice dnia

.....
imię i nazwisko

.....
Dział/Oddział/ nr znaczka/ nr stały

OŚWIADCZENIE

Na podstawie art. 91 § 1 Kodeksu Pracy wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia (zasiłku chorobowego) składki w wysokości zł (słownie..... zł.) miesięcznie na rzecz: Stowarzyszenia Piłki Ręcznej Sośnica Gliwice NIP: 631 265 24 59, REGON: 243562356

.....
podpis