

Polkowice, dn.

.....
Imię i nazwisko emeryta, rencisty

.....
Nr telefonu

Wniosek

MEDICOVER SPORT / EMERYT, RENCISTA

I. Zwracam się z wnioskiem o dofinansowanie do pakietu Medcover Sport dla niżej wymienionych osób od 01.01.2024 do 31.12.2024 roku.

1. (imię i nazwisko) (data ur.)

.....(adres e-mail).....(nr tel. kom.)

2. (imię i nazwisko) (data ur.)

.....(adres e-mail).....(nr tel. kom.)

3. (imię i nazwisko) (data ur.)

.....(adres e-mail).....(nr tel. kom.)

4. (imię i nazwisko) (data ur.)

.....(adres e-mail).....(nr tel. kom.)

II. Oświadczam, pod rygorem odpowiedzialności karnej, że średniomiesięczny dochód brutto na jednego członka mojej rodziny w poprzednim roku wyniósł:

- poniżej 1.745,00 zł brutto,

- od 1.745,01 zł do 3.490,00 zł brutto włącznie,

- powyżej 3.490,00 zł brutto. *

* niepotrzebne skreślić

* brak określenia progu dochodowego, skutkować będzie naliczaniem odpłatności

wg. najwyższych dochodów tj. powyżej 3.490,00 zł brutto

III. Zobowiązuję się do opłacenia wyżej wymienionych pakietów za cały rok z góry oraz wpłaty ewentualnego podatku od kwoty dofinansowania.

IV. Wyrażam zgodę na potrącenie ewentualnego podatku od dofinansowania do pakietów Medicover Sport z przysługujących mi świadczeń.

V. Zobowiązuję się do zapoznania się z treścią Regulaminu MULTIPAKIET oraz jego bezwzględnego przestrzegania.

VI. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych osób ujętych w oświadczeniu przez administratora danych tj. / KGHM Polska Miedź S.A., adres rejestrowy oraz Centrali Spółki: ul. M. Skłodowskiej-Curie 48, 59-301 Lubin, nr tel. 76 748 01 00; w celu uzyskania świadczenia z ZFŚS o które wnioskuję. Oświadczam, że mam świadomość, iż podanie danych jest dobrowolne, oraz że zgoda może być cofnięta w każdym czasie. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....

podpis wnioskodawcy