

Imię:.....

Szczecin, 28.01.2026r.

Nazwisko:

PESEL:

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Rybacka 1

70-204 Szczecin

Oświadczenie

Oświadczam, że w związku z przystąpieniem do ubezpieczenia grupowego przygotowanego dla Pracowników PUM w Szczecinie w:

- TUnŻ WARTA S.A. / niepotrzebne skreślić

-PZU ŻYCIE S.A. / niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia, łącznej składki ubezpieczeniowej stanowiącej sumę składek wybranego wariantu przez cały okres uczestnictwa w programie w/w grupowego ubezpieczenia tj. kwoty:

..... zł

.....

(kwota słownie)

I przekazanie jej na konto OZ NSZZ Solidarność PUM w Szczecinie,

Nr konta:27 1090 1492 0000 0001 1412 5037

która zobowiązała się do opłacenia składki zgodnie z moją Deklaracją przystąpienia do ubezpieczenia do:

- TUnŻ WARTA S.A. / niepotrzebne skreślić

-PZU ŻYCIE S.A. / niepotrzebne skreślić

.....