

.....
Imię i nazwisko/ name and surname *

WNIOSEK DOKTORANTA/PACOWNIKA*
PHD STUDENT/ EMPLOYEE APPLICATION*

Proszę o zgłoszenie mojej osoby do programu Grupowe Ubezpieczenie na Życie i Zdrowie Opieka Medyczna w PZU Życie S.A. zgodnie ze złożoną deklaracją przystąpienia.

Please register me for the program Grupowe Ubezpieczenie na Życie i Zdrowie Opieka Medyczna w PZU Życie S.A. according to the submitted declaration.

W związku z tym, wyrażam zgodę na potrącenie miesięcznych kosztów nadwyżki ponad pakiet podstawowy wynoszący 47,60 zł z mojego comiesięcznego stypendium/wynagrodzenia*

I agree to deduct from my monthly scholarship/ remuneration the difference between the cost of the chosen package and the amount of 47,60 PLN.

Jestem świadomy/a, że koszt pakietu podstawowego opłacanego przez CAMK PAN w wysokości 47,60 zł miesięcznie, stanowi mój dodatkowy przychód podlegający opodatkowaniu i potrąceniu obowiązkowych składek**.

I am aware that the cost of the basic package paid by CAMK PAN in the amount of 47,60 PLN per month is my additional income that needs to be taxed.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z *Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia PZU dla zdrowia*.

I declare that I am aware of *the General Terms and Conditions of PZU*.

Zgodność zgłoszonych przeze mnie informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

I declare that the information submitted are true.

Warszawa, dn.

.....
podpis doktoranta/pracownika*
signature Phd student/employee*

Zgłoszeń/Rezygnacji należy dokonywać **do 15 dnia każdego miesiąca**.

Applications/Cancellations must be submitted **by the 15th day of each month**.

* Niepotrzebne skreślić/Cross the unnecessary

** Dla doktorantów jest to przychód tylko do opodatkowania, który zostanie wykazany po zakończonym roku w PIT- 8C – dochód do wykazania w indywidualnym zeznaniu podatkowym.