

**UPOWAŻNIENIE DLA DZIAŁU WYNAGRADZANIA W TRAMWAJACH WARSZAWSKICH SP. Z O.O.**

**Ja niżej podpisany ........................................................................................................................**

**Oddział/ Zakład ..................................................................................stanowisko........................**

**................................................................ i numer służbowy.........................................................**

**proszę o potrącenie z moich poborów składki na PAKIET MEDYCZNY ENEL-MED. w wysokości .........................................**

**od dnia ..........................Na rachunek bankowy ENEL-MED. nr 71 1160 2202 0000 0002 3654 4211 tytułem składki na PAKIET OPIEKI MEDYCZNEJ ENEL-MED Pracowników Tramwajów Warszawskich Sp. z o.o.**

**Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie ENEL-MED, oraz Obsługującemu przez pracownika Działu Finansowego, informacji o zapłaconych przeze mnie składkach, co stanowi w świetle przepisów o ochronie danych osobowych zgodę na przetwarzanie danych osobowych.**

Warszawa, dnia ........................... .......................................

 Podpis