**DEKLARACJA OPŁACANIA SKŁADEK**

**NA**

**Międzyzakładowy Związek Zawodowy Pracowników**

**MM Kwidzyn**

Kwidzyn, dn., ................................

-----------------------------------------

Imię i Nazwisko

---------------------------------------

Wydział

----------------------------------------

Data urodzenia

Wyrażam zgodę na potrącenie z moich wynagrodzeń poprzez listę płac **MM Kwidzyn sp. z o.o**. ul. Lotnicza 1 składek członkowskich w wysokości 0,5% wynagrodzenia zasadniczego, zasiłku chorobowego bądź innego dochodu wykazanego przez listę płac na rzecz **Międzyzakładowego Związku Zawodowego Pracowników MM Kwidzyn.**

..………………………………..

Data

...............................................

Czytelny podpis pracownika