**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