

.....  
.....

( dane pracodawcy)

***Oświadczenie o wyrażeniu zgody na dokonywanie potrąceń rat pożyczki***

*Ja.....( imię i nazwisko )  
niniejszym wyrażam zgodę na potrącanie przez zakład pracy z mojego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego rat pożyczki, która została mi udzielona przez MKZP w Sosnowcu. Comiesięczna rata pożyczki wynosi ..... zł i winna być potrącana przez okres..... miesięcy z mojego comiesięcznego wynagrodzenia począwszy od wypłaty mojego wynagrodzenia za miesiąc.....*

*Podpis pracownika/członka MKZP*