Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkana

……
Numer telefon

IHS Global sp. z oo
ul. Marynarki Polskiej 163
80-868 Gdańsk

OŚWIADCZENIE

PRACOWNIKA O WYBORZE DODATKOWYCH ELEMENTÓW PROGRAMÓW ŚWIADCZEŃ PRACOWNICZYCH I O PRZYJĘCIU ŚWIADCZENIA W NATURZE W ZAKRESIE

PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ, którego podstawę stanowi umowa z dnia 15 października 2010 r. o świadczeniu usług medycznych od dnia 1 listopada 2010 r. zawarta pomiędzy IHS Global sp. z o.o. a LuxMed sp. z o.o. (LuxMed)

ORAZ O ZGODZIE NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ Z WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ

Niniejszym oświadczam, **zamierzam** skorzystać z możliwości przystąpienia do:

☐ **programu opieki medycznej w LuxMed finansowanego przez pracodawcę**

lub programu opieki medycznej w LuxMed dla członków rodzin i związku z tym wybieram:

*

☐ **pakiet rodzinny 1 współfinansowany (50%) przez pracodawcę** (partner oraz wszystkie dzieci do 26 roku życia) za **354,40 zł**

☐ **pakiet rodzinny 2 współfinansowany (50%) przez pracodawcę** (partner lub jedno dziecko do 26 roku życia) za **239,89 zł**

Niniejszym zgadzam się na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę 50% kosztu wskazanego przeze mnie powyżej pakietu rodzinnego.

☐ **pakiet dla seniora finansowany przez pracownika** (rodzic lub teść do 75 roku życia) za **302,59 zł**

Niniejszym zgadzam się na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę kosztu wskazanego przeze mnie powyżej pakietu.

Do wybranych powyżej pakietów rodzinnego 1 / 2 / dla seniora w ramach opieki medycznej zgłaszam

Imię i nazwisko	PESEL	Adres zamieszkania	Pokrewieństwo *	Początek opieki (miesiąc – rok)

*Pokrewieństwo: żona/mąż/dziecko/rodzic/teść/partner

Jestem świadoma(y), iż wartość składki/ opłaty miesięcznej ponoszonej przez IHS Global sp. z o.o. na wyżej wymienione programy świadczeń, stanowi mój przychód – w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Zgadzam się na comiesięczne potrącanie należnego podatku i składek ZUS oraz NFZ z mojego wynagrodzenia.

……
Data i czytelny podpis pracownika

……
Imię i nazwisko

……..
Data urodzenia

……
Pesel

……
Adres zamieszkania

IHS Global Sp. z o.o.
ul. Marynarki Polskiej 163,
80-868 Gdańsk

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ Z WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ

Niniejszym oświadczam, iż jestem świadomy/a, że kwota składki opłacanej przez pracodawcę stanowi podstawę odprowadzenia zaliczki na PIT oraz naliczenia składek na ZUS i NFZ i zgadzam się comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia odpowiedniej kwoty, zgodnie z aktualnym cennikiem usług LuxMed.

……

……
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana(y) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych przez mnie dobrowolnie tj. nazwiska i imienia, daty urodzenia, adresu zamieszkania/ zameldowania lub pobytu, numeru PESEL, miejsca pracy, nr telefonu, nr oddziału NFZ przez IHS Global sp. z o .o. z siedzibą w Gdańsku w celach zatrudnienia.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych:

☐ Do podmiotu świadczącego usługi świadczeń pracowniczych z zakresu sportu i rekreacji dla IHS Global sp. z o. o. tj. Benefit System S.A. w Warszawie z uwagi na przystąpienie przeze mnie do program finansowanego przez pracodawcę tj. IHS Global sp. z o.o.

☐ Do podmiotu świadczącego usługi medyczne dla IHS Global sp. z o.o. tj. LuxMed sp. z o.o. w Warszawie z uwagi na przystąpienie przeze mnie do programu opieki medycznej finansowanej przez pracodawcę tj. IHS Global sp. z o.o.

☐ Do podmiotu świadczącego usługi ubezpieczeniowe dla IHS Global sp. z o.o. tj. Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. w Warszawie z uwagi na przystąpienie przeze mnie do programu usług ubezpieczeniowych finansowanych przez pracodawcę tj. IHS Global sp. z o.o.

☐ Do podmiotu świadczącego usługi ubezpieczeniowe dla IHS Global sp. z o.o. tj. Medicover Sp. z o.o. w Warszawie z uwagi na przystąpienie przeze mnie do programu opieki medycznej finansowanej przez pracodawcę tj. IHS Global sp. z o.o.

…….. ……..
Miejscowość, data *Podpis pracownika*