

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania



.....  
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 300,30 zł**

**pakiet rodzinny 2 współfinansowany (50%) przez pracodawcę (partner\_lub jedno dziecko do 26 roku życia) za 203,30 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 256,40 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

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

.....  
Data urodzenia

.....  
Pesel

.....  
Adres zamieszkania

### **OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA DOKONYWANIE POTRĄCENÍ 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. Medicovert 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*