

.....
Imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefon

IHS Global sp. z o.o.
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 opieki medycznej z dnia 30 czerwca 2021 r. zawarta pomiędzy IHS Global sp. z o.o. a Medicovert Sp. z o.o. (Medicovert)

ORAZ O ZGODZIE NA DOKONYWANIE POTRĄCZEŃ Z WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ

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

programu opieki medycznej w Medicovert finansowanego przez pracodawcę

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

pakiet rodzinny 1 współfinansowany (50%) przez pracodawcę (małżonek oraz wszystkie dzieci do 26 roku życia) za 274,56 zł

pakiet rodzinny 2 współfinansowany (50%) przez pracodawcę (małżonek lub jedno dziecko do 26 roku życia) za 137,28 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 185,33 zł

pakiet rodzinny 2 finansowany przez pracownika (partner w związku nieformalnym) za 137,28 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

.....
Name and surname

.....
PESEL or date of birth

.....
Residence address

.....
Phone number

IHS Global Ltd.
Marynarki Polskiej Street no 163
80-868 Gdańsk

EMPLOYEE STATEMENT

ABOUT THE CHOICE OF ADDITIONAL ELEMENTS OF EMPLOYEE BENEFIT PROGRAMS AND ACCEPTING RULES ON DEDUCTIONS FROM REMUNERATION RELATING TO:

PRIVATE MEDICAL CARE, the basis of which is the agreement of medical care from 30th of June 2021, concluded between IHS Global Sp. z o.o. and Medcover Sp. Z o.o.

I hereby declare that I intend to enroll into one of the below subscription options:

Individual health care package financed by the employer

Or registering companion(s) along with myself:

Family package 1 co-financed (50% of costs) by the employer (spouse and all children under 26 years old) for **274,56 PLN**

Family package 2 co-financed (50% of costs) by the employer (spouse and 1 child under 26 years old) for **137,28 PLN**

I hereby agree for deducting 50% of costs of the package chosen above.

Senior subscription financed by the employee (parent or parent in law under 75 years old) for **185,33 PLN**

Partner subscription financed by the employee (for life companions not residing together) for **137,28 PLN**

I hereby agree for deducting full costs of the package chosen above.

For family/senior/partner package I register the following person:

Name and surname	PESEL	Residence address	Relation *	Subscription start (MM – YYYY)

*Spouse/Child/Mother/Father/Parent-in-law/Partner

I am aware that the value of monthly fee paid by IHS Global Sp. z o.o. for the mentioned above benefit programs, constitutes my income within the meaning of the Personal Income Tax Act. I agree to deduct the due tax and social security contributions and the National Health Fund from my salary every month.

.....
Date and signature