

Szczecin, ...
(miejscowość, data)

.....
(nazwisko i imię)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie przez Akademię Sztuki w Szczecinie z mojego wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę oraz zasiłków z ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego:

- 1. Składki członkowskiej na Związek Zawodowy Pracowników Akademii Sztuki w Szczecinie w wysokości 0,5 % wynagrodzenia zasadniczego nominalnego brutto (wynikającego z umowy o pracę) .**

Niniejszej zgody udzielam na czas nieoznaczony i obowiązuje do odwołania.

.....
Podpis

Szczecin, ...
(miejscowość, data)

.....
(nazwisko i imię)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie przez Akademię Sztuki w Szczecinie z mojego wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę oraz zasiłków z ubezpieczenia chorobowego i wypadkowego:

- 1. Składki członkowskiej na Związek Zawodowy Pracowników Akademii Sztuki w Szczecinie w wysokości 0,25 % wysokości wysokości renty lub emerytury, zasiłku chorobowego, macierzyńskiego, wychowawczego lub zasiłku dla bezrobotnych.**

Niniejszej zgody udzielam na czas nieoznaczony i obowiązuje do odwołania.

.....
Podpis