

.....
(miejscowość, data)

Nazwisko i imię

Miejsce zamieszkania.....

Nr telefonu.....

E-mail.....

PESEL

OŚWIADCZENIE

Zgoda na przelew świadczenia z ZFŚS na konto pracownika* / emeryta*

1. Wyrażam zgodę na przekazywanie świadczeń pieniężnych z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Zespołu Szkolno – Przedszkolnego nr 4 w Gdyni na moje konto osobiste:
nazwa banku
nr konta
2. **Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadamiania pracodawcy* / byłego pracodawcy* o zmianie numeru konta i innych danych niezbędnych przy wpłacie na moje konto.**

***niepotrzebne skreślić**

.....
(podpis pracownika / emeryta)