



OŚWIADCZENIE

Ja, wyrażam zgodę na
imię i nazwisko
przekazanie przez mojego Pracodawcę
co miesiąc kwoty złotych (słownie:)
na rzecz Stowarzyszenia Przyjaciół Chorych „Hospicjum im. Jana Pawła II”
w Żorach w ramach akcji „Przekaż końcówkę zarobku”.



.....
data

.....
czytelny podpis pracownika