

....., dnia

(miejsowość)

.....

(imię i nazwisko)

D o
P r e z e s a
S ą d u
w

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę co miesiąc kwoty i przekazywanie na rzecz Fundacji Ochrony Zdrowia „WSPARCIE” w Białymstoku, nr rachunku 50 2490 0005 0000 4500 5280 9382.

.....

(czytelny podpis)