

....., dnia .....

/miejsowość/

.....  
/imię i nazwisko/

**Do**

**Pani/Pana**

**Prezesa/Dyrektora**

**Sądu .....**

**W .....**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę co miesiąc kwoty ..... i przekazywanie jej na rzecz Fundacji Ochrony Zdrowia „Wsparcie” w Białymstoku, na rachunek: **17 8774 0000 2601 1309 2000 0010.**

.....  
/czytelny podpis/