**Załącznik do umowy zlecenia**

*- dotyczy osób, którzy nie są zatrudnieni w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku na podstawie umowy o pracę.*

**Białystok, dnia**………………………….

**Nazwisko** …..........................…..........................…................................................................................................. **Imiona** ......................................................…..........................................................................................................

**Data urodzenia** …..........................…..................................... **PESEL/NIP** …………………………..…………… **Nr telefonu:** .............................................................................................................................................................

**Adres zamieszkania: kod** .… .… - .... .… …. **miejscowość** …………………..................................…........... **powiat**...................................................................**Gmina**……………....................................................................... **ulica** ............................................................................................................. **nr domu**  ............ **nr lokalu** ............

Czy Pan/Pani wyraża zgodę na przystąpienie do Pracowniczych Planów Kapitałowych zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 4 października 2018 roku (tj. Dz. U. z 2020r. poz. 1342)?

TAK / NIE 1

*……………………………………………………………………………*

 *Czytelny podpis*