LÉKAŘSKÁ FAKULTA
V PLZNI
Univerzita Karlova

alej Svobody 1655/76
323 00 Plzeň
IČO: 00216208

CZ

Příloha č. 4 – Opatření děkana č. 13/2025

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PŘÍSPĚVKU ZAMĚSTNAVATELE

vyberte...

ZAMĚSTNANEC

OSOBNÍ ČÍSLO

TRVALÉ BYDLIŠTĚ

PRACOVIŠTĚ

ÚVAZEK

DATUM VZNIKU PRACOVNÍHO POMĚRU

DATUM POSLEDNÍ ZMĚNY ÚVAZKU

NÁZEV SPOLEČNOSTI

ADRESA SPOLEČNOSTI

ČÍSLO SMLOUVY ZAMĚSTNANCE

MĚSÍČNÍ ČÁSTKA HRAZENÁ ZAMĚSTNANCEM (KČ)

BANKOVNÍ SPOJENÍ, NA KTERÉ MÁ ZAMĚSTNAVATEL ZASÍLAT PŘÍSPĚVEK

– /

KONSTANTNÍ SYMBOL

VARIABILNÍ SYMBOL

SPECIFICKÝ SYMBOL

Podpisem této žádosti prohlašuji, že souhlasím s tím, aby zaměstnavatel shromažďoval mé osobní údaje k účelům přiznání a poskytnutí příspěvku k penzijnímu připojištění nebo soukromého životního pojištění a nakládal s nimi či je jinak zpracovával k týmž účelům v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů v platném znění. Prohlašuji, že výše uvedené údaje jsou úplné a pravdivé a o všech změnách a dodatcích budu zaměstnavatele neprodleně informovat.

DATUM

PODPIS ZAMĚSTNANCE

VYJÁDŘENÍ OSOBNÍHO A MZDOVÉHO ODDĚLENÍ

☐ splňuje od ☐ nesplňuje

DATUM

ZA OSOBNÍ A MZDOVÉ ODDĚLENÍ

OMO-32
2023.02