

**W N I O S E K O ZAWARCIE  
INDYWIDUALNEGO  
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE  
Z UBEZPIECZENIOWYM  
FUNDUSZEM  
KAPITAŁOWYM  
- INDYWIDUALNE KONTO  
EMERYTALNE -**

**1. DANE SKŁADAJĄCEGO OŚWIADCZENIE**

Imię i nazwisko.....	PESEL .....
Ulica i numer .....	Seria i nr dowodu osobistego .....
Kod i miejscowość .....	Telefon/e-mail .....
Obywatelstwo .....	NIP .....
Miejsce urodzenia .....	Data urodzenia .....
Nr członkowski w SKOK .....	Data nabycia członkostwa w SKOK .....

**UPOSAŻENI**

Imię i nazwisko	PESEL/Data urodzenia	Adres	Udział w %

**Struktura inwestowania składek**

Rodzaj Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego	Procent
1. UFK PIENIĘŻNY PPE SALTUS TU ŻYCIE SA	
2. UFK OBLIGACJI PPE SALTUS TU ŻYCIE SA	
3. UFK AKCJI PPE SALTUS TU ŻYCIE SA	
Suma:	100 %

Minimalna wysokość pierwszej Składki, o której mowa w § 15 OWU:     zł (słownie                                     ) )

SALTUS TU ŻYCIE SA, jako instytucja obowiązana, informuje, że na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, zobowiązana jest przetwarzać Państwa dane osobowe podane w niniejszym wniosku, w szczególności na potrzeby stosowania środków bezpieczeństwa finansowego, a także przekazywania i gromadzenia informacji dla Generalnego Inspektora Informacji Finansowej.

**2. OŚWIADCZENIE OSZCZĘDZAJĄCEGO (PEP)**

Oświadczenie PEP (osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne, członek rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, osoba znana, jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne)

Na podstawie art. 46 ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, **oświadczam, że:**

- jestem /  nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne<sup>1</sup>;
- jestem /  nie jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne<sup>2</sup>;
- jestem /  nie jestem osobą znaną, jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne<sup>3</sup>.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

<sup>1</sup>Za osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne – rozumie się osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szeferów państw, szefów rządów, ministrów, wice ministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- członków organów zarządzających partii politycznych,
- członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- ambasadorów, charges d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

<sup>2</sup>Za osoby będące członkami rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne- rozumie się:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

<sup>3</sup>Za osoby znane, jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne - rozumie się:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

Miejscowość i data

Czytelny podpis Oszczędzającego

### 3. OŚWIADCZENIE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O ZAWARCIE UMOWY O PROWADZENIE IKE Z SALTUS TU ŻYCIE SA (złożone w trybie art. 7 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego (t.j. Dz.U. z 2016 poz.1776 z późn. zmianami))

#### Pouczenie

SALTUS TU ŻYCIE SA informuje, że w przypadku podania przez Oszczędzającego nieprawdy lub zatajenia prawdy w zakresie oświadczeń zawartych w niniejszej sekcji, podlega on odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1600) oraz że w przypadku gromadzenia oszczędności na więcej niż jednym IKE, z zastrzeżeniem art. 14 i 23 ustawy o IKE i IKZE, opodatkowaniu, na zasadach i w trybie określonych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych, podlegają dochody uzyskane z tytułu gromadzenia oszczędności na wszystkich IKE.

W związku z zamiarem zawarcia z SALTUS TU ŻYCIE SA (zwanym dalej „Towarzystwem”) umowy o prowadzenie IKE, uprzednio pouczony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że:

- nie gromadzę środków na indywidualnym koncie emerytalnym prowadzonym przez inną instytucję finansową i w bieżącym roku kalendarzowym nie dokonałem/-am wypłaty transferowej z uprzednio posiadanego indywidualnego konta emerytalnego do programu emerytalnego
- albo**
- posiadam indywidualne konto emerytalne prowadzone przez:

Nazwa instytucji: .....  
i potwierdzam, że instytucja ta dokona wypłaty transferowej do IKE prowadzonego na podstawie umowy, którą mam zamiar zawrzeć z Towarzystwem.

Nadto oświadczam, że zostałem/łam pouczony/a o:

- konsekwencjach gromadzenia oszczędności na więcej niż jednym IKE (konsekwencje te polegają na obowiązku zapłaty podatku dochodowego od osób fizycznych w wysokości 75% uzyskanego dochodu na każdym indywidualnym koncie emerytalnym),
- konsekwencjach podpisania umowy o prowadzenie IKE w roku kalendarzowym, w którym dokonano wypłaty transferowej z uprzednio posiadanego IKE do programu emerytalnego (konsekwencje te polegają na zakazie zawarcia w tym roku umowy o prowadzenie IKE).

### 4. OŚWIADCZENIE DODATKOWE, SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ, KTÓRA W DNIU PODPISYWANIA OŚWIADCZENIA OSIĄGNĘŁA 55 LAT:

Oświadczam, uprzednio pouczony/a o odpowiedzialności za złożenie fałszywego oświadczenia, że:

nie dokonałem/-am \*      dokonałem/-am \*

w przeszłości wypłaty środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym.

\* *przekreślić jeden kwadrat przy właściwej odpowiedzi*

Miejscowość i data

Czytelny podpis Oszczędzającego

### 5. OŚWIADCZENIE OSZCZĘDZAJĄCEGO

Składając niniejszy wniosek, oświadczam, że znana mi jest treść i zostały mi doręczone:

- Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym – INDYWIDUALNE KONTO EMERYTALNE,
- Regulamin Lokowania Środków Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego – INDYWIDUALNE KONTO EMERYTALNE,
- Tabela Limitów i Opłat dla umów Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym – INDYWIDUALNE KONTO EMERYTALNE,

stanowiące podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że akceptuję ich treść.

Potwierdzam, że zostały mi dostarczone w postaci papierowej informacje dotyczące dystrybutora ubezpieczeń, zgodnie z wymogami ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, w tym o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Potwierdzam, że zostały mi dostarczone w postaci papierowej informacje dotyczące ww. ubezpieczenia w formie Informacji o produkcie.

Potwierdzam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zgodnie z wymogami ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, zostały mi dostarczone w formie papierowej obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym.

Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez SALTUS TU ŻYCIE SA, za życia bądź po mojej śmierci - w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia - informacji o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem badań genetycznych) obejmujących lub dotyczących:

- 1) przyczyn hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań oraz wyników sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) przyczyn leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań;
- 3) wyników przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczyny śmierci,

u każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub lecę albo zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych.

Ponadto wyrażam zgodę na udostępnianie SALTUS TU ŻYCIE SA przez inny zakład ubezpieczeń, jak i udostępnianie innemu zakładowi ubezpieczeń (na jego pisemne żądanie) przez SALTUS TU ŻYCIE SA moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez Towarzystwo informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez SALTUS TU ŻYCIE SA, za życia bądź po mojej śmierci, informacji z Narodowego Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliłi lub udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA oraz wysokości świadczenia.

Niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym dokumencie i innych dokumentach składanych w celu zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową, są zgodne z prawdą.

<i>Miejscowość i data</i>	<b>Czytelny podpis Oszczędzającego</b>
---------------------------	--

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) informujemy, że:

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także wykonywania innych czynności ubezpieczeniowych na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz zobowiązań w zakresie przechowywania dokumentacji ubezpieczeniowej jest SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (dalej: SALTUS TU ŻYCIE SA) z siedzibą w Sopocie, adres: ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne dla realizacji procesu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, a odmowa ich podania uniemożliwi zawarcie umowy.

Na podstawie prawnie uzasadnionego interesu, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, SALTUS TU ŻYCIE SA, jako administrator danych będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu marketingowym, w tym analizy marketingowej oraz oferowania własnych usług i produktów za pośrednictwem usług pocztowych. Przedstawienie oferty SALTUS TU ŻYCIE SA za pośrednictwem poczty elektronicznej lub drogą telefoniczną wymaga uzyskania Pani/Pana dobrowolnej zgody.

W związku z realizacją powyższych celów Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione:

1. innym zakładom ubezpieczeń na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub za Pani/Pana zgodą;
2. podmiotom wykonującym działalność leczniczą w ramach i na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych informacji o stanie zdrowia lub ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia na podstawie Pani/Pana zgody;
3. Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzieliłi świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym do zakładu ubezpieczeń roszczeniem na podstawie Pani/Pana zgody;
4. podmiotom wykonującym czynności zlecone przez administratora danych, w szczególności w zakresie:
  - a. pośrednictwa ubezpieczeniowego,
  - b. oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub oceny skutków zdarzeń w związku z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą,
  - c. utrzymania elementów infrastruktury informatycznej, w tym systemów informatycznych,
  - d. zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia,
  - e. dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej,
  - f. realizacji inicjatyw marketingowych;
5. innym podmiotom upoważnionym do otrzymania informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową na podstawie przepisu prawa, wymienionym w art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Pani/Pana dane osobowe, w związku z umową ubezpieczenia będą przechowywane przez lub w imieniu i na rzecz SALTUS TU ŻYCIE SA przez okres 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej, albo od dnia uprawomocnienia się orzeczenia stwierdzającego roszczenie wydane przez sąd, sąd polubowny lub inny organ właściwy do rozpoznawania spraw danego rodzaju, albo orzeczenia stwierdzającego ugodę zawartą przed mediatorem. Termin ten ulega wydłużeniu w przypadkach, w których nastąpi zdarzenie przerywające jego bieg, w tym zgłoszenie roszczenia lub wszczęcie postępowania sądowego.

Dodatkowo, w związku ze współpracą w ramach realizacji usług ubezpieczeniowych z SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej: SALTUS TUW) z siedzibą w Sopocie, adres: ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot oraz Asekuracja sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie, adres: ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, informujemy, że w przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych SALTUS TUW lub Asekuracja sp. z o.o., realizowanych za pośrednictwem wskazanych przez Panią/Pana środków komunikacji, odpowiednio SALTUS TUW lub Asekuracja sp. z o.o. będą administratorami danych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych, w ramach realizacji własnych celów marketingowych SALTUS TUW lub Asekuracja sp. z o.o. mogą być podmioty, którym odpowiednio SALTUS TUW lub Asekuracja sp. z o.o. zleciły lub zlecają wykonanie określonych czynności w ramach prowadzonych działań marketingowych.

Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych SALTUS TUW lub Asekuracja sp. z o.o. jest całkowicie dobrowolne i pozostaje bez wpływu na realizację celów, w jakich Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez SALTUS TU ŻYCIE SA

Przetwarzanie danych osobowych przez poszczególnych administratorów danych dla realizacji celów marketingowych na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody będzie następowało do czasu jej odwołania, a w przypadku przetwarzania danych w celach marketingowych przez SALTUS TU ŻYCIE SA na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych, do czasu wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w tym celu.

We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez SALTUS TU ŻYCIE SA lub SALTUS TUW można kontaktować się z wyznaczonym inspektorem ochrony danych pod wskazanym wyżej adresem siedziby, a także w dni powszednie w godzinach 9:00 – 15:00 pod numerem infolinii (58) 770 36 90 lub 801 888 666 lub drogą elektroniczną na adres [iod@saltus.pl](mailto:iod@saltus.pl)

W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Asekuracja sp. z o.o. można kontaktować się z wyznaczonym inspektorem ochrony danych pod wskazanym wyżej adresem siedziby oraz w dni powszednie w godzinach 9:00 – 15:00 pod numerem telefonu (58) 772 72 00 lub drogą elektroniczną na adres [iod@asekuracja.pl](mailto:iod@asekuracja.pl)

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, wobec każdego z administratorów danych przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia w dowolnym momencie uprzednio wyrażonej zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych, prawo interwencji u administratora danych w związku z podejrzeniem lub stwierdzeniem niezgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych lub wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, a także, w trybie i na zasadach opisanych odpowiednio w art. 15 – 21 RODO, prawo:

1. dostępu do swoich danych oraz uzyskania informacji;
2. sprostowania swoich danych osobowych, jeśli są nieprawidłowe lub ich uzupełnienia;
3. usunięcia swoich danych osobowych;
4. ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
5. przenoszenia danych osobowych;
6. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, gdy dane są przetwarzane na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie (dalej: SALTUS TU ŻYCIE SA) w celach marketingowych, w tym na otrzymywanie informacji handlowych w zakresie produktów lub usług oferowanych przez SALTUS TU ŻYCIE SA z wykorzystaniem:

- |  |                                     |                                     |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. usług pocztowych, po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej | <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> | <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> |
| 2. poczty elektronicznej                                 | <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> | <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> |
| 3. telefonu  | <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> | <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie (dalej: SALTUS TUW) w celach marketingowych, w tym na otrzymywanie informacji handlowych w zakresie produktów lub usług oferowanych przez SALTUS TUW z wykorzystaniem:

- |                          |                                     |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. usług pocztowych      | <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> | <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> |
| 2. poczty elektronicznej | <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> | <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> |
| 3. telefonu              | <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> | <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Asekurację sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie (dalej: Asekuracja) w celach marketingowych, w tym na otrzymywanie przesyłanych przez Asekurację informacji handlowych w zakresie produktów lub usług finansowych, obejmujących także produkty i usługi ubezpieczeniowe oferowane za pośrednictwem Asekuracji z wykorzystaniem:

- |                          |                                     |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. usług pocztowych      | <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> | <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> |
| 2. poczty elektronicznej | <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> | <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> |
| 3. telefonu              | <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> | <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> |

Miejscowość i data	Czytelny podpis Oszczędzającego
--------------------	---------------------------------

*(wypełnia uprawniony pracownik dystrybutora)*

### Potwierdzenie przyjęcia wniosku

Oświadczam, iż dokonałem/łam weryfikacji tożsamości Oszczędzającego/Ubezpieczającego na podstawie jego dokumentu stwierdzającego tożsamość.

Imię i nazwisko	Kod pracownika	Pieczęć i podpis
Adres e-mail		

### ZAŁĄCZNIKI

<input type="checkbox"/> przedłożyć dokument tożsamości (kopia) <input type="checkbox"/> przedłożyć dodatkowy dokument tożsamości (kopia)
--