

Wrocław dnia .....

Imię i Nazwisko.....

**Sekcja Płac**  
**„DCZP” sp.z.o.o w/m**

**U P O W A Ź N I E N I E**

Wyrażam zgodę na potrącenie kwoty .....  
tytułem ..... z moich comiesięcznych poborów otrzymywanych w  
DCZP począwszy od miesiąca .....

Podpis.....

„Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o., Wybrzeże J. Conrada Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław

Wrocław dnia .....

Imię i Nazwisko.....

**Sekcja Płac**  
**„DCZP” sp.z.o.o w/m**

**U P O W A Ź N I E N I E**

Wyrażam zgodę na potrącenie kwoty .....  
tytułem ..... z moich comiesięcznych poborów otrzymywanych w  
DCZP począwszy od miesiąca .....

Podpis.....

„Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego” sp. z o. o., Wybrzeże J. Conrada Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław