

**DEKLARACJA WZNOWIENIA DOKONYWANIA WPŁAT DO  
PRACOWNICZEGO PLANU KAPITAŁOWEGO****DECLARATION TO RENEW PAYMENT OF CONTRIBUTION TO  
EMPLOYEE CAPITAL PLAN (PPK)**

Prosimy o wypełnianie formularza drukowanymi literami. / Please, use CAPITAL letters while filling in  
this form.

**1. DANE IDENTYFIKUJĄCE UCZESTNIKA PPK / EMPLOYEE INFORMATION**

|  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--------------------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="text"/>   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NAZWISKO / SURNAME   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="text"/>   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  | <input type="text"/>           |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IMIĘ / GIVEN NAME  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  | PESEL / PESEL NUMBER           |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> DOWÓD /<br>NATNL. ID                                |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> PASZPORT /<br>PASSPORT |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> INNY DOKUMENT<br>POTW. TOŻSAMOŚĆ /<br>OTHER ID |  |  |  |  |                                | <input type="text"/> |  |  |  |  | Obowiązkowa w przypadku osoby<br>nieposiadającej nr. PESEL /<br>If no PESEL exists |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  | DATA URODZENIA / DATE OF BIRTH |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="text"/>   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  | <input type="text"/>           |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI / NATIONAL IDENTITY DOCUMENT REF. AND NO. |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                                |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2. DANE IDENTYFIKUJĄCE PODMIOT ZATRUDNIAJĄCY / EMPLOYER INFORMATION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="text"/>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO / EMPLOYER NAME               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="text"/>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO (cd.) / EMPLOYER NAME (cont.) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. OŚWIADCZENIE / STATEMENT**

Na podstawie art. 23 ust. 10 ustawy z dnia 4 października 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 2215, z późn. zm.) wnoszę o dokonywanie wpłat do PPK. Wpłaty do PPK podmiot zatrudniający dokonuje począwszy od miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożono niniejszy wniosek.

Pursuant to Art. 23 Para. 10 of the Employee Capital Plan Law of 4 October (Journal of Laws of 2018 Section 2215, as later amended), I hereby request payments to PPK. The Employer must start paying PPK contributions in the month following the month in which this request has been submitted.

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | R | R | R | R |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Data wypełnienia deklaracji / Completion date

-----  
Podpis składającego deklarację / Employee's signature

-----  
Podpis Pracodawcy zatwierdzającego deklarację / Employer's signature

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | R | R | R | R |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Data złożenia deklaracji podmiotowi  
zatrudniającemu / Submission date