

INFORMACJA O BRAKU ZGODY OSOBY ZATRUDNIONEJ NA TRANSFER ŚRODKÓW DO PPK U WSKAZANEGO PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO (Pracownicze Plany Kapitałowe)

NO EMPLOYEE CONSENT TO TRANSFER FUNDS BY SPECIFIED EMPLOYER EMPLOYEE CAPITAL PLANS (PPK)

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

1. DANE IDENTYFIKUJĄCE UCZESTNIKA PPK / EMPLOYEE INFORMATION. Fields for name, PESEL number, date of birth, and ID type.

2. DANE IDENTYFIKUJĄCE PODMIOT ZATRUDNIAJĄCY / EMPLOYER INFORMATION. Fields for employer name.

3. OŚWIADCZENIE WOLI O BRAKU ZGODY NA TRANSFER ŚRODKÓW DO PRACOWNICZEGO PLANU KAPITAŁOWEGO U WSKAZANEGO PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO / STATEMENT OF NO CONSENT TO TRANSFER FUNDS TO EMPLOYEE CAPITAL PLAN BY SPECIFIED EMPLOYER. Declaration text.

Date completion date field (DDMMRR).

Podpis składającego deklarację / Employee's signature

Podpis Pracodawcy / Employer's signature

Date submission date field (DDMMRR).