PPK/D22062026

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

NAZWISKO / SURNAME

IMIĘ / GIVEN NAME

PESEL / PESEL NUMBER

☐ DOWÓD / NATNL. ID ☐ PASZPORT / PASSPORT ☐ INNY DOKUMENT POTW. TOŻSAMOŚĆ / OTHER ID

D D M M R R R R DATA URODZENIA / DATE OF BIRTH

Obowiązkowa w przypadku osoby nieposiadającej nr PESEL / If no PESEL exists

SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI / NATIONAL IDENTITY DOCUMENT REF. AND NO.

2. DANE IDENTYFIKUJĄCE PODMIOT ZATRUDNIAJĄCY / EMPLOYER INFORMATION

NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO / EMPLOYER NAME

NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO (cd.) / EMPLOYER NAME (cont.)

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

Ja, niżej podpisany oświadczam, iż nie wyrażam zgody na złożenie w moim imieniu wniosku o wypłatę transferową środków zgromadzonych na moich rachunkach PPK prowadzonych przez instytucje finansowe, z którymi umowy o prowadzenie PPK zawarły na moją rzecz i w moim imieniu inne podmioty zatrudniające, do Pracowniczego Planu Kapitałowego prowadzonego dla podmiotu zatrudniającego wskazanego w pkt. 2.

I, the undersigned, represent that I give no consent to file a request on my behalf to transfer my funds in my PPK accounts maintained by financial institutions, with which other employers have, on my behalf and in my name, concluded PPK agreements, to the Employee Capital Plan maintained for the Employer specified in Section 2 above.

D D M M R R R R
Data wypełnienia deklaracji / Completion date

Podpis składającego deklarację / Employee's signature

Podpis Pracodawcy / Employer's signature

D D M M R R R R
Data złożenia deklaracji podmiotowi zatrudniającemu / Submission date