Załącznik Nr 4

do Zarządzenia Rektora Nr 58/2023

Siedlce, dnia ...............................................

..................................................................

(imię i nazwisko)

..................................................................

(jednostka organizacyjna)

**WNIOSEK  
pracownika o przystąpienie do Programu Medicoversport wraz z oświadczeniem  
o wyrażeniu zgody na potrącenie należności z wynagrodzenia za pracę pracownika**

Informuję, że przystępuję do Programu Medicoversport.

Wybieram karnet Silver Plus pakiet socjalny w wersji:

Z limitem -**8 wejść w miesiącu**, cena **52,00 zł/miesięcznie**,

Bez limitu – **OPEN,** cena **97,00 zł/miesięcznie**.

*Proszę postawić przy właściwej opcji znak X. Powyższa kwota obejmuje całą cenę karnetu,   
w tym dofinansowanie z ZFŚS na zasadach określonych w Regulaminie ZFŚS.*

Jednocześnie, na podstawie art. 91 Kodeksu pracy, **wyrażam zgodę na potrącanie z mojego comiesięcznego wynagrodzenia** za pracę, należności za powyższy karnet w kwocie ………………………….. zł *(proszę podać jedną z kwot wskazanych powyżej)* począwszy   
od wynagrodzenia za miesiąc …………………………… *(proszę podać miesiąc przystąpienia)*   
po pomniejszeniu powyższej kwoty o dofinansowanie z ZFŚS zgodnie z zasadami dofinansowania multikarnetów w Programie Medicoversport określonymi w Regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

Potwierdzam, że jest mi wiadome:

* iż wysokość dofinansowania z ZFŚS będzie zależeć od średniego miesięcznego przychodu na jednego członka rodziny wykazanym na zasadach określonych w Regulaminie ZFŚS i będzie wynosić odpowiednio: 45% lub 48% lub 51% lub 54% lub 57% lub 60% ceny karnetu,
* kwota dofinansowania stanowi przychód podlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

Oświadczam, że w przypadku niemożności potrącenia bądź utrudnień związanych z potrąceniem należności za karnet nieuregulowane należności zobowiązuje się uregulować na rachunek Uniwersytetu w terminie 14 dni od dnia otrzymania wynagrodzenia za pracę. W przeciwnym wypadku jestem świadomy, że Uniwersytet będzie miał prawo podjąć odpowiednie kroki prawne w celu wyegzekwowania należności.

…………………………………

(podpis wnioskodawcy)

**WAŻNE!**

Oświadczam, że znane mi są zasady korzystania z Programu Medicoversport stanowiące załącznik Nr 16   
do Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych i w pełni je akceptuję.

W szczególności znana jest mi zasada, że:

1. każde zgłoszenie uczestnictwa w Programie oraz rezygnację z uczestnictwa w Programie należy zgłosić najpóźniej **do 15-tego dnia miesiąca poprzedzającego** miesiąc przystąpienia lub rezygnacjido Działu Spraw Pracowniczych oraz zaznaczyć na dedykowanym portalu Medicoversport pod adresem: <https://medicoversport.pl/pakiety/uph>;
2. ze względu na to, iż zgłoszenie uczestnictwa w Programie zawiera zgodę na potrącenie należności   
   z wynagrodzenia, powinno ono być złożone do Działu Spraw Pracowniczych w formie pisemnej   
   (z własnoręcznie złożonym podpisem). Nie może to być skan, zdjęcie lub elektronicznie wypełniony wzór;
3. do niniejszego wniosku należy dołączyć oświadczenie o przychodach, chyba że takie oświadczenie zostało już złożone w danym roku kalendarzowym np. przy wniosku o dopłatę do wypoczynku;
4. w przypadku kontynuowania uczestnictwa w Programie w kolejnym roku kalendarzowym średni miesięczny przychód na jednego członka rodziny będzie ustalany corocznie (ponownie) od 1 czerwca danego roku kalendarzowego na podstawie złożonego przeze mnie **oświadczenia, najpóźniej do 15 maja** roku kalendarzowego, w którym uczestniczę w Programie**, brak złożenia oświadczenia o przychodzie do 15 maja będzie równoznaczny z rezygnacją** z Programu od 1 czerwca danego roku kalendarzowego;
5. w Programie można uczestniczyć w trakcie trwania stosunku pracy w UwS. W Programie nie mogą uczestniczyć osoby przebywające na urlopach bezpłatnych, z wyjątkiem urlopów wychowawczych   
   i opiekuńczych. Ustanie stosunku pracy w UPH lub rozpoczęcie przebywania na urlopie bezpłatnym skutkuje rezygnacją z uczestnictwa w Programie;
6. karnety Medicoversport są imienne i nie mogą być udostępnione innym osobom;
7. pracownik uczestniczący w Programie ma możliwość samodzielnego zgłoszenia do Programu 2 osób towarzyszących lub dzieci za pośrednictwem dedykowanego portalu Medicoversport pod adresem: <https://medicoversport.pl/pakiety/uph> . Karnety tych osób **nie są dofinansowywane z ZFŚS** w UwS. Pracownik opłaca je samodzielnie. Rezygnacja pracownika z Programu powoduje, że z Programu nie mogą korzystać osoby zgłoszone przez pracownika. Rodzaj karnetu osoby towarzyszącej lub dziecka może się różnić od rodzaju karnetu, który wybrał pracownik. Szczegółowe zasady uczestnictwa w Programie osób towarzyszących lub dzieci są określone w Regulaminie Medicoversport dostępnej na stronie wskazanej wyżej.

……………………………………

(podpis wnioskodawcy)

**Część wypełniana przez pracownika Działu Spraw Pracowniczych**

Pracownik:

* spełnia\* / nie spełnia \* warunki określone w regulaminie ZFŚS do przyznania ww. świadczenia   
  z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
* przyznaje się dopłatę do karnetu w kwocie: …………………….……………………………….
* nie przyznaje się dopłaty do karnetu z powodu: …………………………………………..........……  
  ………………………………………………………………………………………………………………

Siedlce, dnia ………………………………

……………………………….....

(podpis pracownika DSP)

**\* niepotrzebne skreślić**