

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 style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																											
NAZWISKO / SURNAME																											
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
IMIE / GIVEN NAME																				PESEL / PESEL NUMBER							
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>				<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>															
DOWÓD / NATNL. ID				PASZPORT / PASSPORT				INNY DOKUMENT POTW. TOŻSAMOŚĆ / OTHER ID				<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> D D M M R R R R </div>															
<small>Obowiązkowa w przypadku osoby nieposiadającej nr. PESEL / If no PESEL exists</small>																											
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																											
SERIA I NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI / NATIONAL IDENTITY DOCUMENT REF. AND NO.																											

2. DANE IDENTYFIKUJĄCE PODMIOT ZATRUDNIAJĄCY / EMPLOYER INFORMATION

<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>																											
NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO / EMPLOYER NAME																											
<input style="width: 100%; height: 20px;" 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