…………………………………… data ……………

Imię Nazwisko

……………………………………..

PESEL

…………………………………….

NPW (jeśli posiada)

Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Uprawniony podmiot to jest:

……………………………………………………………………………………………

Małopolskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ i przetwarzanie przez ten oddział oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, w celu ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia pieniężnego[[1]](#footnote-2) i przekazania środków finansowych na jego wypłatę,:

* informacji o wysokości mojego miesięcznego wynagrodzenia w Uprawnionym podmiocie na dzień udostępniania tej informacji(w informacji o wysokości wynagrodzenia nie uwzględnia się wysokości świadczenia dodatkowego, w przypadku gdy przysługiwało mojej osobie według stanu na dzień udostępniania informacji) lub
* informacji o wysokości mojego miesięcznego wynagrodzenia w Uprawnionym podmiocie na dzień udostępniania informacji(w informacji o wysokości wynagrodzenia nie uwzględnia się wysokości świadczenia dodatkowego, w przypadku gdy przysługiwało danej osobie według stanu na dzień udostępniania informacji). - w przypadku zatrudnienia na innej podstawie niż stosunek pracy:

…………………………………

Podpis

1. Dotyczy dodatkowego świadczenia pieniężnego ustalanego odpowiednio za okres od 1 listopada 2020 roku [↑](#footnote-ref-2)