

Polkowice, dnia _____

Nazwisko i imię EMERYTA/RENCISTY

Nr telefonu

Uwagi PSA

WNIOSEK MULTISPORT / EMERYT, RENCISTA

Zwracam się z wnioskiem o dofinansowanie do karty Multisport dla niżej wymienionych osób **od 01.01.2026 do 31.12.2026 roku.**

Lp.	Nazwisko i imię emeryta/rencisty/ osoby uprawnionej*	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Nr karty/Rodzaj karty**
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Data aktywacji Kart: **STYCZEŃ 2026**

I. Zobowiązuję się do wniesienia odpłatności za cały rok z góry oraz wpłaty ewentualnego podatku od kwoty dofinansowania.

II. Wyrażam zgodę na potrącenie ewentualnego podatku od dofinansowania do kart Multisport z przysługujących mi świadczeń.

III. Oświadczam, że średniomiesięczny dochód brutto na jednego członka mojej rodziny w poprzednim roku wyniósł:

- **do 50% minimalnego wynagrodzenia,**
- **od 50% do 100% minimalnego wynagrodzenia,**
- **powyżej 100% minimalnego wynagrodzenia*****

Brak określenia progu dochodowego, skutkować będzie naliczaniem odpłatności wg najwyższych dochodów tj. powyżej 100% minimalnego wynagrodzenia.

IV. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że opłacone przeze mnie pakiety będą aktywne **od 01.01.2026 do 31.12.2026 roku i wcześniejsza z nich rezygnacja jest niemożliwa.**

V. Administratorem danych osobowych użytkowników kart programu Multisport jest Benefit Systems SA z siedzibą w Warszawie (00-844) przy Plac Europejski 2 („BS”). Twoje dane osobowe pozyskane zostały za pośrednictwem pracodawcy osoby, która zgłosiła Ciebie do programu Multisport, na podstawie zawartej z BS umowy o świadczenie usług i wykorzystywane są do celów realizacji tej umowy. Podanie jakichkolwiek danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich brak uniemożliwia prawidłową realizację umowy związanej z programem Multisport. Masz prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz żądania zaprzestania ich przetwarzania zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

VI. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich, osoby towarzyszącej i jako przedstawiciel ustawy dziecka ujętych we wniosku przez administratora danych tj. / KGHM Polska Miedź S.A., adres rejestrowy oraz Centrali Spółki: ul. M. Skłodowskiej-Curie 48, 59-301 Lubin, nr tel. 76 748 01 00; w celu uzyskania świadczenia z ZFŚS o które wnioskuję. Oświadczam, że mam świadomość, iż podanie danych jest dobrowolne, oraz że zgoda może być cofnięta w każdym czasie. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
Podpis wnioskodawcy

*Osobą uprawnioną według Regulaminu ZFŚS jest:

- Emeryt, rencista
- Współmałżonek emeryta, rencisty
- Dzieci własne i współmałżonka oraz przysposobione lub przyjęte na wychowanie w ramach rodziny zastępczej do 18 roku życia lub do 25 roku życia, jeśli pobierają naukę w trybie dziennym, za okazaniem stosownego zaświadczenia.
- Współmałżonek po zmarłym pracowniku, emerycie i renciście, jeśli pobiera po nim rentę rodzinną.

** **Multisport Plus** (dorośli i dzieci powyżej 15 roku życia), **Multisport Kids** (dzieci poniżej 15 roku życia), **Multisport Aqua** (dzieci poniżej 15 roku życia).

*** niepotrzebne skreślić