INFORMACJA O BRAKU ZGODY NA ZŁOŻENIE WNIOSKU O WYPŁATĘ TRANSFEROWĄ

_____, dn. __ - __ - ____
Miejscowość, data

Dane Uczestnika PPK

Imię:

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

__ - ___ _____

Dane podmiotu zatrudniającego

Warszawski Uniwersytet Medyczny
Nazwa:

Medyczny Żwirki i Wigury 61
Adres:

02 - 091 Warszawa

Szanowni Państwo,

w związku z przekazaną w dniu ____ -____-_____ informacją o obowiązku złożenia w moim imieniu wniosku o wypłatę transferową środków zgromadzonych na rachunkach PPK prowadzonych przez instytucje finansowe, z którymi umowy o prowadzenie PPK zawarły na moją rzecz i w moim imieniu inne podmioty zatrudniające, na rachunek PPK prowadzony przez PKO Emerytura - specjalistyczny fundusz inwestycyjny otwarty reprezentowany przez PKO Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A. z siedzibą w Warszawie (00-872 Warszawa, ul. Chłodna 52), z którym umowę o prowadzenie PPK w moim imieniu i na moją rzecz zawarł/a Warszawski Uniwersytet Medyczny _____ *[Nazwa podmiotu zatrudniającego]*, oświadczam, że działając na podstawie art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 4 października pracowniczych planach kapitałowych nie wyrażam zgody na złożenie przez Warszawski Uniwersytet Medyczny _____ *[Nazwa podmiotu zatrudniającego]* wniosku o dokonanie wypłaty transferowej, o której mowa powyżej.

_____
czytelny podpis
(Imię i nazwisko Uczestnika PPK)