

Request to conclude the agreement for operating Employee Capital Plans (ECPs)

filed with the Employer, for a person above the age of 55 but below 70 years old (Art. 15.2 of the Act on ECPs)

Tłumaczenie niniejszego formularza na język angielski ma na celu wyłącznie ułatwienie zrozumienia treści oświadczeń i dyspozycji składanych przez uczestnika / osobę zatrudnioną. Językiem urzędowym i wiążącym w stosunkach wynikających z Pracowniczych Planów Kapitałowych pozostaje wyłącznie język polski. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości interpretacyjnych – wiążąca pozostaje treść w języku polskim.

Translating this form into English is only for ease of understanding of the contents of statements and requests made by a participant/person employed. The only official language binding in relationships arising from Employee Capital Plans shall be Polish. Should any doubts arise with respect to interpretation - the content in Polish shall prevail.

Niniejszy formularz powinien zostać wypełniony alfabetem łacińskim, pismem komputerowym lub pismem ręcznym – w takim przypadku powinien zostać wypełniony wielkimi / drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim długopisem.

This form should be filled out with the Roman alphabet, computerised or handwritten - in this case it should be capitalised using black or blue pen.

1. DANE OSOBY ZATRUDNIONEJ / DATA OF ECP PARTICIPANT

Imię (imiona)

First name

Nazwisko

Last name

Numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL data urodzenia

PESEL number and in case of persons not having PESEL number - date of birth

Seria i numer dowodu osobistego lub numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób nieposiadających obywatelstwa polskiego.

*Series and number of ID card or passport number or other document confirming identity in the case of persons without Polish citizenship.***2. NAZWA PODMIOTU ZATRUDNIAJĄCEGO / NAME OF THE EMPLOYING ENTITY****3. OŚWIADCZENIE OSOBY ZATRUDNIONEJ / DECLARATION OF INTENT OF ECP PARTICIPANT**

Wnoszę o zawarcie w moim imieniu i na moją rzecz umowy o prowadzenie Pracowniczego Planu Kapitałowego i odprowadzanie wpłat na mój rachunek PPK począwszy od następnego miesiąca.

I request to conclude an agreement to operate an Employee Capital Plan in my name and on my behalf and to make contributions to my ECP account starting from the next month.

Data i podpis Uczestnika PPK.

*Date and signature of the ECP participant.*Data złożenia deklaracji podmiotowi zatrudniającaemu.
*Date of declaration submission to the employing entity.*Podpis osoby przyjmującej deklarację w imieniu podmiotu zatrudniającego.
Signature of the person receiving the declaration on behalf of the employing entity.