Załącznik Nr 5

do Zarządzenia Rektora Nr 58/2023

Siedlce, dnia ...............................................

..................................................................

(imię i nazwisko)

..................................................................

(jednostka organizacyjna)

**REZYGNACJA
pracownika UwS z Programu Medicoversport**

Oświadczam, że z dniem ………………………………….. rezygnuję z uczestnictwa
w Programie Medicoversport.

 ………….…………………………… (podpis pracownika)

Rezygnację z uczestnictwa w Programie Medicoversport należy zgłosić najpóźniej **do 15-tego dnia miesiąca poprzedzającego** miesiąc rezygnacji,do Działu Spraw Pracowniczych oraz zaznaczyć na dedykowanym portalu Medicoversport pod adresem: <https://medicoversport.pl/pakiety/uph>.

Rezygnacja przez pracownika z uczestnictwa w Programie Medicoversport powoduje,
że karnety osób towarzyszących oraz karnety dzieci pracowników również tracą ważność.

**Część wypełniana przez pracownika Działu Spraw Pracowniczych**

Rezygnację przyjęto:

Siedlce, dnia ………………………………

 …………………………………….....

 (podpis pracownika DSP)