

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
do kasy zapomogowo-pożyczkowej**

| | |
|--|-------------------------------|
| (miejsce zatrudnienia) | Nr ewidencyjny |
| (imię i nazwisko) | (nr telefonu) |
| (imiona rodziców) | (adres poczty elektronicznej) |
| (data urodzenia) | |
| (miejsce zamieszkania) | |
| (adnotacje o zmianie miejsca zamieszkania) | |

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków **Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Starostwie Powiatowym w Wodzisławiu Śl.**

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegał postanowień statutu MKZP, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania członków oraz postanowień organów MKZP.
2. Opłacę wpisowe określone uchwałą walnego zebrania członków MKZP.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości% mojego zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego.
4. Wyrażam zgodę na potrącanie przez mojego pracodawcę z mojego wynagrodzenia lub zasiłku wpisowego, zadeklarowanych miesięcznych wkładów członkowskich oraz rat pożyczek udzielonych mi przez MKZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa w MKZP.
5. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z lity członków MKZP.
6. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd MKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
7. Zobowiązuję się aktualizować swoje dane osobowe.
8. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy

wypłacić Pani/Panu
zam. w przy ul.
tel., e-mail:

9. W załączeniu przedkładam oświadczenie osoby wymienionej w pkt 8 dotyczące przetwarzania jej danych osobowych przez MKZP.

Uchwałą Zarządu MKZP nr z dnia r. przyjęta(-y) w poczet członków MKZP z dniem r.

.....
(pieczęć MKZP)

.....
(skarbnik)

.....
(sekretarz)

.....
(przewodniczący)

Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych)

wyrażam zgodę

na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Międzyzakładową Kasę Zapomogowo-Pożyczkową (MKZP) działającą przy Starostwie Powiatowym w Wodzisławiu Śl.** w zakresie informacji zawartych w deklaracji przystąpienia do MKZP i wniosku o pożyczkę oraz danych dotyczących wysokości potrąceń i numeru rachunku bankowego. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez mojego pracodawcę w postaci imienia (imion) i nazwiska, numeru PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – nazwy i numeru dokumentu tożsamości oraz nazwy państwa, które go wydało, adresu do korespondencji oraz numeru telefonu lub adresu poczty elektronicznej, stanu cywilnego, imion rodziców, ustroju majątkowego, stanu zdrowia, otrzymywanego wynagrodzenia lub zasiłku, wysokości pożyczki, wysokości zapomóg oraz wysokości moich potrąceń. Przetwarzanie moich danych osobowych, o których mowa wyżej, odbywa się w związku z moim członkostwem w MKZP. Jednocześnie potwierdzam, że wyrażenie przeze mnie zgody jest dobrowolne, jednak konieczne w celu przystąpienia do **MKZP przy Starostwie Powiatowym w Wodzisławiu Śl.**

.....
(miejsowość, data)

.....
(własnoręczny czytelny podpis)

Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych**osoby uprawnionej do otrzymania****wkładu członkowskiego po śmierci członka MKZP**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych)

wyrażam zgodę

na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Międzyzakładową Kasę Zapomogowo-Pożyczkową (MKZP) działającą przy Starostwie Powiatowym w Wodzisławiu Śl.** w zakresie informacji zawartych w dokumentacji MKZP oraz danych dotyczących mojego numeru rachunku bankowego. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez pracodawcę, przy którym działa KZP, w postaci imienia (imion) i nazwiska, numeru PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – nazwy i numeru dokumentu tożsamości oraz nazwy państwa, które go wydało, adresu do korespondencji oraz numeru telefonu lub adresu poczty elektronicznej. Przetwarzanie moich danych osobowych, o których mowa wyżej, może odbywać się w związku ze śmiercią członka MKZP, który wskazał mnie jako osobę uprawnioną do otrzymania jego wkładu członkowskiego w MKZP. Jednocześnie potwierdzam, że wyrażenie przeze mnie zgody jest dobrowolne, jednak konieczne w celu realizacji mojego uprawnienia do otrzymania wkładu członkowskiego w razie śmierci członka **MKZP przy Starostwie Powiatowym w Wodzisławiu Śl.**

.....
(miejsowość, data)

.....
(własnoręczny czytelny podpis)