Deklaracja przystąpienia do MKZP PO

Nr ewidencyjny(*nadany przez MKZP PO*)……

Imię i nazwisko ..... ……..

Data urodzenia ……..**PESEL** ……

Miejsce zamieszkania .....……

Adres do korespondencji …….

Telefon. ……..…….. **email** ……..

Stan cywilny ……..……

Ustrój majątkowy: rozdzielność majątkowa/wspólność majątkowa *)

Nazwa i siedziba zakładu pracy ……..

Rodzaj zatrudnienia: umowa na czas nieokreślony/umowa na czas określony/ umowa zlecenia *)

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej działającej przy Związku Nauczycielstwa Polskiego Oddział w Sosnowcu

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu, który jest mi znany, uchwał Walnego Zebrania Członków oraz postanowień władz MKZP.
2. Opłacę wpisowe w wysokości określonej statutem MKZP w kwocie 30,00/50,00*) zł.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości ..... zł oraz Fundusz Organizacyjny w kwocie 1,00 zł.
4. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia i zasiłku chorobowego wpisowego oraz zadeklarowanych wkładów miesięcznych. (** dodatkowe oświadczenie)
5. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenie mi wkładów i spłaty pożyczek powoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP.
6. Zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia Zarządu MKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
7. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego

   zadłużenia, należy wypłacić Panu (i) .....……

   PESEL ……..…… tel…….. zam. przy ul. ……..…

   w .... (**)

……. ……

(*data)* *(czytelny podpis)*

Jednocześnie oświadczam, że przystępuję/ nie przystępuję*) do Kasy Pośmiertnej**

*) niepotrzebne skreślić
**) dodatkowe oświadczenia
***) w przypadku przystąpienia do Kasy Pośmiertnej proszę wypełnić dodatkową deklarację Kasy Pośmiertnej

…… ……..

(*data)* *(czytelny podpis)*

Uchwałą Zarządu MKZP PO z dnia ..... r. przyjęty(a) w poczet członków MKZP PO

z dniem …….r.

....

(podpisy Zarządu MKZP PO) (przewodniczący MKZP PO)

WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku (RODO). Jestem świadomy, iż Administratorem moich danych osobowych jest PKZP. Moje dane osobowe będą przetwarzanew związku z członkostwem w MKZP. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z PKZP, takim jak np.: dostawcy systemów informatycznych, organ prowadzący, placówka macierzysta członka. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu. Mam prawo do wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w PKZP.
Wyrażam również zgodę na przesyłanie korespondencji mailowej i telefonicznej zgodnie z Ustawą z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002 r. Nr 144 poz. 1204 z późn. zm.).

Zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania, jak również o prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

Zgodnie a zrt.13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa w Sosnowcu ul. Warneńczyka 9, 41-200 Sosnowiec,
2. kontakt z inspektorem Ochrony Danych – pkzp_sosnowiec@interia.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy – na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 10 lat od ustania członkostwa
5. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
6. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
7. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy.

....., dnia ..... 20 ..... r. .....

(miejscowość) (własnoręczny podpis)