

Nazwisko		Imię	
PESEL			
Ulica i nr domu		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Telefon		E-mail	

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO MKZP

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Międzyszakładowej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej Pracowników Oświaty w Kartuzach, zwaną dalej MKZP.

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania członków oraz postanowień organów MKZP.
2. Opłacę wpisowe określone statutem.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości zgodnej ze statutem.
4. Moje konto bankowe do rozliczeń z MKZP:
5. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku macierzyńskiego wpisowego oraz zadeklarowanych wkładów miesięcznych.
6. Zgadzam się na potrącanie z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego oraz z wszystkich innych należności przysługujących mi od pracodawcy, rat pożyczek udzielonych mi przez MKZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
7. Przyjmuję do wiadomości, że wycofane przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP.
8. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd MKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
9. OŚWIADCZENIE O WSKAZNIU OSOBY UPRAWNIONEJ
W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić:
(Nazwisko i Imię)
(Adres zamieszkania)
(Numer telefonu)
(adres e-mail)

.....
(Dnia) (Czytelny podpis przystępującego do MKZP)

WYRAŻENIE ZGODY

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 43. Ustawy z 11 sierpnia 2021 r. o kasach zapomogowo-pożyczkowych (Ustawa o KZP) oraz art. 6 ust.1 lit. a oraz art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO). Jestem świadomy, iż Administratorem moich danych osobowych jest MKZP. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w MKZP. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z MKZP w szczególności: pracodawcy, poczta, bankowi, kancelarii prawnej, dostawcy systemów informatycznych. Jestem świadomy, że 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 Ustawy o KZP i RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w MKZP”.

.....
(Dnia) (Czytelny podpis przystępującego do MKZP)

Uchwałą Zarządu MKZP dnia: przyjęto w poczet członków MKZP z dniem:

.....
(Podpisy członków Zarządu MKZP)