

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO MKZP przy Urzędzie Miasta Inowrocławia w Inowrocławiu

Nazwisko		Imię	
PESEL		Kod pocztowy	
Ulica i nr domu		Miejscowość	
		E-mail	
Telefon		Nr ewidencyjny	– wypełnia MKZP:
Miejsce pracy			
Nr konta			

Proszę o przyjęcie mnie w poczet Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy
Urzędzie Miasta Inowrocławia w Inowrocławiu
(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 minimalne wpisowe określone statutem w wysokości **50,00 zł**
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości
- (nie mniejszej niż 50,00zł)
4. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia, wynagrodzenia chorobowego, zasiłku chorobowego i zasiłku opiekuńczego wpisowego oraz zadeklarowanych wkładów miesięcznych.
5. Zgadzam się na potrącanie z mego wynagrodzenia, wynagrodzenia chorobowego, zasiłku chorobowego, zasiłku opiekuńczego oraz z wszystkich innych należności przysługujących mi od każdego pracodawcy, rat pożyczek udzielonych mi przez MKZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
6. Przyjmuję do wiadomości, że wycofane przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP.
7. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd MKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
8. **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)

.....
(data)

.....
(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 MKZP i RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w MKZP”.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis przystępującego do MKZP)

WYRAŻENIE ZGODY OSOBY UPRAWNIONEJ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (Nazwiska, Imion, Adresu zamieszkania, numeru telefonu, adresu e-mail) 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; mogą one zostać udostępnione podmiotom współpracującym z KZP w szczególności: pracodawcy, poczcie, 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 uznaję, iż przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy Ustawy o MKZP i RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne, aby zostać osobą uprawnioną do zapisu wkładów członka MKZP.

.....
(data)

.....
(podpis osoby uprawnionej)

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

.....
(Podpisy członków Zarządu KZP)