

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

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(adres)

.....
(kom. organizacyjna NoOSG / emeryt)

.....
(nr telefonu kontaktowego, adres e-mail)

.....
(PESEL)

DEKLARACJA

Przystąpienia

do Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej przy Nadodrzańskim Oddziale SG

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy Nadodrzańskim Oddziale Straży Granicznej w Krośnie Odrzańskim.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegał(a) obowiązujących przepisów KZP, uchwał walnego zebrania oraz decyzji organów KZP.
2. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości zł.
3. Zgadzam się na potrącenie przez Zarząd KZP z mojego wynagrodzenia zadeklarowanych wkładów oraz spłatę udzielanych mi pożyczek i upoważniam Zarząd KZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały okres trwania członkostwa. Wycofania przeze mnie zgód na potrącenie wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie z listy członków KZP.
4. W razie utraty członkostwa zgadzam się na potrącenie mi z uposażenia, odprawy lub innych należności całej niespłaconej pożyczki.
5. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd KZP o każdej zmianie danych kontaktowych (adres, telefon, adres e-mail).
6. W razie mojej śmierci, wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić:

.....
.....
(Imię i nazwisko, dokładny adres korespondencyjny, telefon kontaktowy, procentowy udział w spadku, stopień pokrewieństwa)

ZGODA 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 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „RODO”. Jestem świadomy, iż Administratorem moich danych osobowych jest KZP. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w KZP. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z KZP takim jak np.: poczta, bank, kancelarie prawne, dostawcy systemów informatycznych. 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 RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w KZP.

Wyrażam również zgodę na wysyłanie korespondencji mailowej, zgodnie z Ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2002 Nr 144 poz. 1204, tekst jednolity: Dz. U. 2013 poz. 1422).

.....
(miejsowość)

.....
(data)

.....
(własnoręczny czytelny podpis)

Uchwałą Zarządu KZP z dnia przyjęto w poczet członków PKZP.

Przewodniczący

Sekretarz

.....

m.p

.....

UWAGA !!!

Formularz wypełniać czytelnie, drukowanymi literami.

Wniosek nieczytelny, niekompletny i ze skreśleniami nie będzie rozpatrywany.

(*) - niepotrzebne skreślić