

Nazwisko		Imię	
PESEL			
Kod pocztowy		Miejscowość	
Ulica i nr domu		Nazwa zakładu pracy	
Telefon		E-mail	

Numer ewidencyjny

Deklaracja przystąpienia do MKZP

Adnotacje o zmianie miejsca zamieszkania:

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Gminnym Zespole Usług Wspólnych w Pawłowicach.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego regulaminu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania oraz postanowień władz MKZP.
2. Opłacę wpisowe określone Statutem* / spowoduję przelanie moich wkładów, z MKZP w, której byłem poprzednio członkiem.*
3. Deklaruję miesięczny*/ roczny (tylko dla emerytów)* wkład członkowski w wysokości.....zł

*) *niepotrzebne skreślić*

4. Zgadzam się na potrącenie przez Zakład Pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego zadeklarowanych wkładów oraz spłat udzielanych mi pożyczek i upoważniam Zarząd MKZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
5. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP.
6. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd MKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
7. Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do funkcjonowania Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo –Pożyczkowej przy Gminnym Zespole Usług Wspólnych w Pawłowicach w celach związanych z przynależnością do

MKZP, na przekazywanie przez MKZP mojemu pracodawcy informacji o przystąpieniu do MKZP, wysokości składek członkowskich, wpisowego, udzielonych mi pożyczek, wysokości rat oraz terminu spłaty. (Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO)).

Niniejsza zgoda obejmuje przetwarzanie danych osobowych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel przetwarzania. Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y) o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Oświadczam, że zostałam(em) poinformowany(a) o możliwości wycofania zgody w każdym czasie poprzez przesłanie oświadczenia o wycofaniu zgody, mam świadomość, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

8. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić:

imię i nazwisko:.....
 stopień pokrewieństwa:..... data urodzenia:.....
 zam. w miejscowości: kod pocztowy:
 ul.....nr.....

....., dnia 20..... r.
 Własnoręczny podpis

Uchwałą Zarządu MKZP z dnia przyjęty(a) w poczet członków MKZP z dniem

Pieczętka MKZP

podpisy Zarządu MKZP

Adnotacje o zmianie wysokości wkładów:

Na podstawie uchwały Walnego zebrania członków z dn.
 od dnia potrąca się wkłady człon. w wysokości

.....
 ..
 podpis