

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO MKZP PO W TORUNIU**Dane osoby składającej deklarację:****(PROSZĘ UZUPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)**

Nazwisko		Imię	
Drugie imię		PESEL*	
Miejscowość		Ulica , nr domu i nr mieszkania	
Kod pocztowy		Poczta	
Telefon		E-mail	
Miejsce pracy (nazwa instytucji i adres siedziby)			☐ - nauczyciel ☐ - pracownik administracji i obsługi
Nazwa banku i nr konta			

* w przypadku braku numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało.

Proszę o przyjęcie w poczet członków Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej Pracowników Oświaty w Toruniu (zwaną dalej MKZP PO).

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień Statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania członków oraz postanowień organów MKZP PO.
2. Opłacę wpisowe określone w uchwale Walnego Zebrania Członków/ Delegatów.
3. Deklaruję:
 - miesięczny wkład członkowski w wysokości zł.
 - miesięczną składkę członkowską na fundusz pośmiertny w wysokości zł (**przynależność dobrowolna, w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w funduszu wpisać 0 zł**)
 - miesięczną składkę członkowską na fundusz zapomogowy w wysokości zł (**przynależność dobrowolna, w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w funduszu wpisać 0 zł**)
4. Zgadzam się na comiesięczne potrącanie przez zakład pracy z mojego wynagrodzenia, zasiłku- zadeklarowanego wkładu członkowskiego oraz składki na wskazany fundusz i jednorazowo wpisowego.
5. Zgadzam się na potrącanie z mojego wynagrodzenia, zasiłku- rat pożyczek udzielonych mi przez MKZP PO. 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 PO.
7. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd MKZP PO o każdej zmianie danych osobowych.

8. OŚWIADCZENIE O WSKAZNIU OSOBY UPRAWNIONEJ:

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

Dane osoby uprawnionej:(PROSZĘ UZUPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI)

Nazwisko		Imię	
Drugie imię		PESEL	
Miejscowość		Ulica , nr domu i nr mieszkania	
Kod pocztowy		Poczta	
Telefon		E-mail (opcjonalnie)	

.....
(data)

.....
(podpis osoby przystępującej do MKZP PO)

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 Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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) Jestem świadomy/a, iż Administratorem moich danych osobowych jest MKZP PO w Toruniu. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w MKZP PO od dnia złożenia powyższego oświadczenia do upływu 10 lat od dnia ustania członkostwa. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z MKZP PO w szczególności: pracodawcy, 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 KZP i RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w MKZP PO”.

.....
(data)

.....
(podpis osoby przystępującej do MKZP PO)

WYRAŻENIE ZGODY OSOBY UPRAWIONEJ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (Nazwiska, Imion, nr PESEL, 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 Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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). Jestem świadomy/a, iż Administratorem moich danych osobowych jest MKZP PO w Toruniu. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku ze wskazaniem mojej osoby jako uprawnionej do otrzymania wkładu członkowskiego w razie śmierci członka MKZP PO od dnia złożenia powyższego oświadczenia do upływu 5 lat od dnia wypłaty wkładu członkowskiego; mogą one zostać udostępnione podmiotom współpracującym z MKZP PO w szczególności: pracodawcy, bankowi, kancelarii prawnej, dostawcy systemów informatycznych. Jestem świadomy/a, 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 KZP i RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne, aby zostać osobą uprawnioną do zapisu wkładów członka MKZP PO.

.....
(data)

.....
(podpis osoby uprawnionej)

Uchwałą Zarządu MKZP PO W TORUNIU dnia: przyjęto w poczet członków MKZP PO z dniem:

.....
(podpisy członków Zarządu)