

WNIOSEK O DOKONANIE ZMIANY LUB WSKAZANIE WIĘKSZEJ ILOŚCI OSÓB UPRAWNIONYCH

**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 <i>(nazwa instytucji i adres siedziby)</i>			

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

Należy zaznaczyć właściwe X:

- ☐ Proszę o usunięcie dotychczasowej osoby uprawnionej
- ☐ Proszę o dodanie osoby uprawnionej

OŚWIADCZENIE O WSKAZNIU OSOBY UPRAWNIONEJ

W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić poniższej osobie, której udział we wkładzie określłam na%

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 członka MKZP PO)

WYRAŻENIE ZGODY OSOBY UPRAWIONEJ

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (Nazwiska, Imion, nr PESEL, Adresu zamieszkania, numeru telefonu, adresu e-mail, stanu cywilnego oraz ustroju majątkowego) 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)