

Deklaracja / Aktualizacja deklaracji * przystąpienia do Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej

imię i nazwisko nr ewidencyjny

PESEL

imiona rodziców, nazwisko rodowe.

miejsce zamieszkania

nazwa i miejsce zatrudnienia w UMW

Proszę o przyjęcie mnie / Proszę o aktualizację moich danych * do Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu, jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę przestrzegać przepisów Statutu, Regulaminu i Uchwał Walnego Zebrania.
2. Opłacę wpisowe określone Statutem, tj. 1,5% mojego wynagrodzenia miesięcznego brutto.
3. Deklaruję miesięczne wpłaty członkowskie w wysokości minimum 30 PLN.
4. Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia comiesięcznych wkładów członkowskich w wysokości PLN oraz kwot rat spłacanych przeze mnie pożyczek.
5. Zobowiązuje się do informowania Zarządu KZP o każdych zmianach teleadresowych i danych osobowych.
6. W razie mojej śmierci uprawniam do odbioru moich wkładów członkowskich, pomniejszonych o ewentualne zadłużenie Panią/Pana:
 - a) imię i nazwisko
 - b) data urodzenia
 - c) PESEL
 - d) adres zamieszkania
 - e) nr telefonu / adres email
 - d) stopień pokrewieństwa

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis przystępującego do KZP

7. Oświadczenie osoby uposażonej:

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przyjęcie wkładów członkowskich określonych w pkt. 6, a w przypadku obciążenia konta pożyczką, na spłatę której wartość wkładów członkowskich będzie niewystarczająca, zobowiązuje się do pokrycia brakującej kwoty na konto KZP przy UMW.

..... dnia

.....

czytelny podpis uposażonego

* *niepotrzebne skreślić*

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z 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 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 uznam, 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 mailowo, 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 i data

.....
czytelny podpis przystępującego do KZP

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uposażonego

Uchwałą Zarządu KZP z dnia przyjęta/przyjęty w poczet członków KZP
z dniem

.....

Zarząd KZP