

Nr ewidencyjny.....

Załącznik nr1 do Regulaminu KZP z dn.03.06.2022

Nazwisko		Imię	
PESEL		Data urodzenia	
Ulica i nr domu		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Telefon		E-mail	

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO KZP

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie- Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie,(zwaną dalej KZP).

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania członków oraz postanowień organów KZP.
2. Opłacę wpisowe określone statutem w wysokości%mojego wynagrodzenia brutto.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości%mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto.
4. Moje konto bankowe do rozliczeń z KZP:
5. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego wpisowego oraz zadeklarowanych wkładów miesięcznych i upoważniam Zarząd KZP do bezpośredniego podejmowania czynności związanych z przekazaniem tych należności na rachunek w banku KZP.
6. Zgadzam się na potrącanie z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, zasiłku wychowawczego oraz z wszystkich innych należności przysługujących mi od każdego pracodawcy, rat pożyczek udzielonych mi przez KZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
7. Przyjmuję do wiadomości, że wycofane przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków KZP.
8. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd KZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
9. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić:

.....
(Nazwisko i Imię)

.....
(Data urodzenia)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Dnia)

.....
(Własnoręczny podpis)

WYRAŻENIE ZGODY

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 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).

.....
(Dnia)

.....
(Własnoręczny podpis)

Uchwałę Zarządu KZP dnia: przyjęto w poczet członków KZP z dniem:

.....
(Podpisy członków Zarządu KZP)