

..... (nazwisko i imię członka)	Do KZP przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej- Curie- Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie
..... (adres zamieszkania)	
..... (numer ewidencyjny)	

WNIOSEK DLA EMERYTA

W związku z przejściem na emeryturę proszę o pozostawienie mnie na liście członków KZP.

Ponadto zobowiązuję się , przekazywać na rachunek bankowy KZP wkłady zgodne z regulaminem KZP, oraz raty udzielonych mi pożyczek do każdego dnia miesiąca.

.....

Data i własnoręczny podpis członka KZP

DECYZJA

Zarząd KZP dnia Postanowił:

1. Pozostawić na liście członków KZP przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie- Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie
2. Odmówił pozostania na liście członków z uwagi na

.....
.....

.....

(Podpisy członków Zarządu KZP)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zarząd KZP (zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1977r. o Ochronie Danych Osobowych (DZ.U. Nr 133 poz. 883 ze zm.) Wiem, że mam pełne prawo do wglądu i zmiany swoich danych, jak i też ich usunięcia z bazy.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji związanych z działalnością KZP w kwestii dotyczących mojej osoby jako jej członka (zgodnie z ustawą z dnia 18.07. 2002r z. U. Nr 144 poz. 1204" o świadczeniu usług drogą elektroniczną"). W każdym momencie przysługuje mi prawo do odwołania powyższej zgody. Oświadczam, że znam i akceptuję warunki członkostwa w KZP oraz rezygnacji z członkostwa.

..... dnia 20....r.
miejscowość

.....
Własnoręczny podpis