Nr ewidencyjny (wypełnia PKZP).......................................................................................................................

Nazwisko i Imię....................................................................................................................................................

Adres zamieszkania............................................................................................................................................

PESEL......................................................................................................................................................................

Telefon kontaktowy............................................................................................................................................

Miejsce pracy .....................................................................................................................................................

Rodzaj stanowiska pracy: administracja, obsługa, nauczyciel (niepotrzebne skreślić)

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PKZP**

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej

przy Zespole Placówek Oświatowych w Limanowej

**Jednocześnie oświadczam, że:**

* Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego regulaminu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania oraz postanowień władz KZP.
* Opłacę wpisowe określone statutem.
* Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości ……………….....…zł.
* Zgadzam się na potrącenie przez zakład pracy z mojego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego wpisowego i zadeklarowanych wkładów oraz rat pożyczek udzielonych mi przez KZP i upoważniam Zarząd KZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
* Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków KZP.
* Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd KZP o **każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.**
* W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady , po potrąceniu zadłużenia należy wpłacić
* (Nazwisko i imię, pokrewieństwo) …………………………………………………..…………...................................
* (Tel.kontaktowy)……………………………………..………….................................................................................
* (Adres zamieszkania)..................................................................................................................................

 dnia …………......................r Czytelny 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: poczta, bank, kancelarie prawne, dostawcy systemów informatycznych. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w PKZP.
* Wyrażam również zgodę na wysyłanie koresondencji 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. 2019 poz. 123).
* Oświadczam, że zapoznałem się z polityką ochrony danych osobowych obowiązującą w KZP przy ZPO w Limanowej.

……………………………………………

 ( data, własnoręczny podpis)

Uchwałą Zarządu KZP dnia …………………………………………….………………. r. przyjęto w poczet członków KZP

z dniem …………………………………………………….r.