**Deklaracja zgody członka KZP**

**Dane osobowe członka przystępującego do KZP**

Imię (imiona) i nazwisko: ..................................................................................

PESEL\*: ............................................................................................................

*\*W przypadku braku numeru PESEL:*

*Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: ................................*

*Nazwa państwa, które wydało dokument:..........................................................*

Adres do korespondencji: .................................................................................

Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej: .............................................

Zakład pracy: …………………………………………………………………

Stanowisko pracy: ……………………………………………………………

Wysokość uposażenia: ……………………………………………………….

**Dane osobowe osoby uprawnionej do otrzymania wkładu członkowskiego w razie śmierci członka KZP:**

Imię (imiona) i nazwisko: .................................................................................

Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami funkcjonowania KZP określonymi w statucie i deklaruję ich przestrzeganie.[[1]](#footnote-1) Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie składek - min 2% mojego uposażenia oraz wpisowego w wysokości 1%.

W związku z przystąpieniem do KZP wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z członkostwem w KZP, w zakresie wskazanym w deklaracji, a także informacji dotyczących mojego stanu cywilnego, ustroju majątkowego, stanu zdrowia, otrzymywanego wynagrodzenia lub zasiłku, jeżeli ich podanie będzie niezbędne do otrzymania zapomogi lub pożyczki z KZP.

Data: ........................................ Podpis…………………………..

Podpisy zarządu:

**Oświadczenie osoby uprawnionej**

Imię (imiona) i nazwisko: ...........................................

PESEL\*: .....................................................................

\*W przypadku braku numeru PESEL:

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: ...........................

Nazwa państwa, które wydało dokument:.....................................................

Adres do korespondencji: ..............................................................................

Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej: ..........................................

Potwierdzam poprawność podanych powyżej danych osobowych oraz wyrażam zgodę na

przetwarzanie tych danych w celach związanych z wypłatą wkładu członkowskiego w razie

śmierci ...................................................................................będącej/będącego członkiem KZP.

Data: ................................... Podpis………………...............................

**Klauzula informacyjna dla osoby uprawnionej przez członka KZP**

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Kasa Zapomogowo Pożyczkowa

[KZP] działająca przy Uniwersytecie Jagiellońskim. Kontakt do KZP: ul. Czapskich 4/5,

31 -110 Kraków.

2. W sprawach dotyczących Pani/Pana danych można kontaktować się bezpośrednio z

KZP korzystając z adresu e-mail **patrycja.kolodziej@uj.edu.pl** , **aneta.ciezadlik@uj.edu.pl**

lub tel.**12 663 30 17**.

3. Pani/Pana dane są przetwarzane w celach związanych z uprawnieniem do wypłaty

wkładu członkowskiego w razie śmierci członka KZP, który uprawnił Panią do otrzymania tych środków, na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody . Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie, co jest równoważne z konieczności wskazania przez członka KZP innej osoby uprawnionej do otrzymania wypłaty jego wkładu członkowskiego na wypadek śmierci. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych nie wpływa na zgodność z przepisami przetwarzania realizowanego przez KZP przed wycofaniem zgody.

4. Podanie przez Pana/Panią danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji

wskazanych celów przetwarzania.

5. Pana/ Pani dane mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do tego na podstawie

przepisów prawa. Ponadto będą udostępniane pracodawcy, w związku z zapewnianiem obsługi administracyjnej KZP.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres członkostwa w KZP osoby,

która uprawniła Panią do otrzymania wkładu na wypadek jej śmierci, a w przypadku wypłaty

tego wkładu przez 5 kolejnych lat, po roku w którym doszło do wypłaty.

7. W zakresie przewidzianym przepisami prawa przysługuje Panu/Pani prawo do żądania

dostępu do Pana/ Pani danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia

przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do

żądania przenoszenia danych.

8. Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego do Prezesa

UODO na przetwarzanie danych przez Administratora.[[2]](#footnote-2)

1. Określić treść deklaracji/zobowiązania członka KZP [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgoda jest wymagana art.43 ustawy z dnia 11 sierpnia 2021r. o kasach zapomogowo-pożyczkowych

   (Dz.U.poz.1666 [↑](#footnote-ref-2)