**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:

**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.[[2]](#footnote-2)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:

1. Określić treść deklaracji/zobowiązania członka KZP [↑](#footnote-ref-1)
2. 1 Określić treść deklaracji/zobowiązania członka KZP [↑](#footnote-ref-2)