

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO KASY ZAPOMOGOWO-POŻYCZKOWEJ

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

\*proszę wypełnić drukowanymi literami

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej działającej przy Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszcy (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 uchwałą walnego zebrania członków.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości ..... zł.
4. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia lub zasiłku wpisowego oraz zadeklarowanych wkładów miesięcznych.
5. Zgadzam się na potrącanie z mego wynagrodzenia lub zasiłku oraz z wszystkich innych należności przysługujących mi od każdego pracodawcy, rat pożyczek udzielonych mi przez KZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
6. Przyjmuję do wiadomości, że rezygnacja z dokonywania opłaty wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków KZP.
7. Zobowiązuję się aktualizować swoje dane osobowe.

### OŚWIADCZENIE O WSKAZNIU OSOBY UPRAWNIONEJ

W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić:

Imię		Nazwisko	
Ulica i nr domu			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Telefon		E-mail	

\*proszę wypełnić drukowanymi literami

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis przystępującego do KZP)

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych członka KZP

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 43 ustawy z 11 sierpnia 2021 r. o kasach zapomogowo-pożyczkowych (dalej ustawa) oraz art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej RODO. Jestem świadomy, iż Administratorem moich danych osobowych jest KZP działająca przy Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w KZP. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z KZP w szczególności: pracodawcy, poczcie, bankowi, kancelarii prawnej. Jestem świadomy, że 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 uznaję, iż przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy ustawy o KZP i RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w KZP.

.....  
(miejsce, data)

.....  
(czytelny podpis przystępującego do KZP)

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby uprawnionej, do otrzymania wkładu po zmarłym członku KZP

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 43 ustawy z 11 sierpnia 2021 r. o kasach zapomogowo-pożyczkowych (dalej ustawa) oraz art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dalej RODO. Jestem świadomy, iż Administratorem moich danych osobowych jest KZP działająca przy Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku ze wskazaniem mnie przez członka KZP, jako osoby uprawnionej do otrzymania wkładu członkowskiego w razie jego śmierci. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z KZP w szczególności: pracodawcy, poczcie, bankowi, kancelarii prawnej. Jestem świadomy, że 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 uznaję, iż przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy ustawy o KZP i RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne, aby zostać osobą uprawnioną do zapisu wkładów członka KZP.

.....  
(miejsce, data)

.....  
(czytelny podpis osoby upoważnionej)

---

Uchwałą nr ...../20..... Zarządu KZP dnia ..... przyjęto w poczet członków Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy.

Podpisy członków zarządu:

.....  
.....  
.....