

Nazwisko		Imię	
Drugie imię		Numer PESEL	
Ulica nr		Numer mieszkania	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Numer telefonu		E-mail	
funkcjonariusz/pracownik cywilny/emeryt/rencista			

Deklaracja przystąpienia do KZP przy Zakładzie Karnym w Nowogardzie

Proszę o przyjęcie mnie w poczet Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej działającej przy Zakładzie Karnym w Nowogardzie ul. Zamkowa 7.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegał obowiązującego Statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania oraz postanowień władz KZP.
2. Opłacę wpisowe w wysokości ustalonej przez walne zebranie.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości ustalonej przez walne zebranie.
4. Zgadzam się na potrącenie przez Zakład Pracy z mojego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego zadeklarowanych wkładów oraz spłat udzielonych mi pożyczek i upoważniam Zarząd KZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania mojego członkostwa.
5. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenia mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków KZP.
6. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd KZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
7. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić:

Nazwisko		Imię	
Drugie imię		Numer PESEL	
Ulica nr		Numer mieszkania	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Numer telefonu		E-mail	

Nowogard, dnia20....r.

.....
własnoręczny podpis składającego deklarację

Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Kasę Zapomogowo – Pożyczkową przy Zakładzie Karnym w Nowogardzie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez KZP z siedzibą przy Zakładzie Karnym ul. Zamkowa 7, 72-200 Nowogard w celu realizacji zadań ustawowych związanych z członkostwem w KZP w tym informacji zawartych w deklaracji przystąpienia do KZP, gromadzeniem wkładów członkowskich, pomocy materialnej w formie pożyczek lub zapomóg, a także dochodzeniem związanych z nimi praw i roszczeń oraz danych dotyczących wysokości potrąceń i numeru rachunku konta bankowego.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Zakład Karny w Nowogardzie w postaci imienia i nazwiska, wysokości pożyczki i wysokości potrąceń.

Przetwarzanie danych osobowych o których mowa wyżej odbywa się w związku z moim członkostwem w KZP. Jednocześnie potwierdzam, że wyrażenie przeze mnie zgody jest dobrowolne, jednak konieczne w celu przystąpienia do KZP przy Zakładzie Karnym w Nowogardzie.

Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że administratorem moich danych osobowych jest KZP, a do ich przetwarzania są dopuszczone wyłącznie osoby imiennie wskazane Uchwałą Zarządu KZP.

Nowogard dnia20.....r.

.....
własnoręczny podpis składającego deklarację

**Wyrażenie zgody przez osobę uprawnioną na przetwarzanie danych osobowych
przez Kasę Zapomogowo –Pożyczkową przy Zakładzie Karnym w Nowogardzie.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez KZP z siedzibą przy Zakładzie Karnym, ul. Zamkowa 7, 72-200 Nowogard moich danych osobowych zawartych w deklaracji, składanych wnioskach i dokonywanych wpłatach w celu prowadzenia wszelkich spraw dotyczących mojego upoważnienia.

Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że zgoda jest dobrowolna a skutkiem nie udzielenia zgody na przetwarzanie moich danych będzie konieczność skreślenia mnie jako osoby upoważnionej.

Zostałam(em) poinformowana(y) o tym, że administratorem moich danych osobowych jest KZP, a do ich przetwarzania są dopuszczone wyłącznie osoby imiennie wskazane Uchwałą Zarządu KZP.

Nowogard dnia20.....r.

.....
własnoręczny podpis osoby uprawnionej

DECYZJA ZARZĄDU KASY ZAPOMOGOWO – POŻYCZKOWEJ

Na posiedzeniu w dniu20.....r. Zarząd Uchwałą nr przyjął w/w w poczet członków KZP z dniem20.....r.

.....
Skarbnik

.....
Sekretarz

.....
Przewodniczący
