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 KKZP. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w KKZP. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z KKZP takim jak np.: poczta, bank, kancelarie prawne, dostawcy systemów informatycznych. 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 uznam, iż przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w KKZP.
Wyrażam również zgodę na wysyłanie korespondencji 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. 2013 poz. 1422).

…… ……..
(Data) (Własnoręczny podpis)

Uchwałą Zarządu KKZP dnia: …… przyjęto w poczet członków KKZP
z dniem: ……..……

……
(Podpisy członków Zarządu KKZP)

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

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO KKZP

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Koleżeńskiej Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy Politechnice Gdańskiej, (zwaną dalej KKZP) ……..
nazwa jednostki organizacyjnej

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania członków oraz postanowień organów KKZP.
2. Opłacę wpisowe 1% / 5% określone Statutem.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości ……..…… %
4. Moje konto bankowe do rozliczeń z KKZP:

		-					-					-					-					-					-				

5. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia i zasiłku chorobowego wpisowego, zadeklarowanych wkładów miesięcznych oraz rat pożyczek udzielonych mi przez KKZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
6. Przyjmuję do wiadomości, że wycofane przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków KKZP.
7. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd KKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
8. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić osobie upoważnionej poniżej:

…… …… ……
(Nazwisko i Imię) (PESEL) (Data urodzenia)

……
(Adres zamieszkania)

…… ……..
(Data) (Własnoręczny podpis)