

Nazwisko i imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Telefon Hasło do rozmów telefonicznych

E-mail Jednostka (skrót) / emeryt

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PKZ-P/KP PRZY CUW

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków *(należy zaznaczyć właściwą opcję)*:

- Pracowniczej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Centrum Usług Wspólnych w Rybniku, zwaną dalej PKZ-P. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości zł. Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę (w tym chorobowego) i z zasiłków z ubezpieczenia społecznego od każdego pracodawcy wpisowego, zadeklarowanych wkładów oraz rat pożyczek udzielonych mi przez PKZ-P. Zgoda ta obowiązuje od przez cały czas trwania członkostwa. Przyjmuję do wiadomości, że wycofane przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków PKZ-P.
- Kasy Pośmiertnej Pracowniczej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Centrum Usług Wspólnych w Rybniku, zwaną dalej KP. Warunkiem członkostwa w KP jest członkostwo w PKZ-P. Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę (w tym chorobowego) i z zasiłków z ubezpieczenia społecznego od każdego pracodawcy składki na KP. Zgoda ta obowiązuje od przez cały czas trwania członkostwa. Przyjmuję do wiadomości, że wycofane przeze mnie zgody na potrącanie mi składek spowoduje skreślenie mnie z listy członków KP.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu, który jest mi znany, regulaminów, uchwał walnego zebrania oraz postanowień organów PKZ-P.
 2. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd PKZ-P o każdej zmianie moich danych osobowych.
-

3. W razie mojej śmierci wypłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić:
nazwisko i imiędata urodzenia
adres zamieszkania
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych. Zostałam/em poinformowana/ny, że: podanie przez mnie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konieczne dla uzyskania członkostwa w PKZ-P; administratorem moich danych osobowych jest PKZ-P, ul. Władysława Stanisława Reymonta 69, 44-200 Rybnik; moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w PKZ-P; nie będą nikomu udostępniane, z wyjątkiem sytuacji, w których PKZ-P posiada ku temu podstawę prawną, w tym na żądanie podmiotów uprawnionych, lub kiedy jest to niezbędne do realizowania zadań PKZ-P, np.: obsługującym systemy teleinformatyczne, kancelariom prawnym itp.; moje dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu; posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych osobowych, prawo do wniesienia sprzeciwu i prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Wyrażam zgodę na wysyłanie korespondencji mailowej zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

.....
data

.....
własnoręczny podpis

Wypełnia PKZ-P:

Uchwałą Zarządu PKZ-P z dnia przyjęto w poczet członków PKZ-P.

Podpisy członków Zarządu PKZ-P:

Nazwisko i imię Jednostka (skrót) / emeryt

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie przez pracodawców z mojego wynagrodzenia za pracę (w tym chorobowego) i z zasiłków z ubezpieczenia społecznego należności z tytułu wpisowego w kwocie zł oraz wkładów w kwocie zł miesięcznie na rzecz PKZ-P przy CUW. Zgoda ta obowiązuje od do odwołania.

.....
data

.....
własnoręczny podpis

Nazwisko i imię Jednostka (skrót) / emeryt

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie przez pracodawców z mojego wynagrodzenia za pracę (w tym chorobowego) i z zasiłków z ubezpieczenia społecznego należności w kwocie zł miesięcznie z tytułu składek Kasy Pośmiertnej PKZ-P przy CUW. Zgoda ta obowiązuje od do odwołania.

.....
data

.....
własnoręczny podpis