



3. W razie mojej śmierci wypłacone przeze mnie wkłady członkowskie i/lub świadczenie z Kasy Pośmiertnej po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, oraz/lub świadczenie z Kasy Pośmiertnej proszę wypłacić: *nazwisko i imię* .....  
*data urodzenia*..... *imiona rodziców*.....
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 MKZP; administratorem moich danych osobowych jest MKZP, ul. Władysława Stanisława Reymonta 69, 44-200 Rybnik; moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w MKZP; nie będą nikomu udostępniane, z wyjątkiem sytuacji, w których MKZP posiada ku temu podstawę prawną, w tym na żądanie podmiotów uprawnionych, lub kiedy jest to niezbędne do realizowania zadań MKZP, 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 MKZP:**

Uchwałą Zarządu MKZP z dnia ..... przyjęto w poczet członków MKZP.

Podpisy członków Zarządu MKZP:

-----  
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 MKZP 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 MKZP przy CUW. Zgoda ta obowiązuje od ..... do odwołania.

.....  
data

.....  
własnoręczny podpis