

.....
(nazwisko i imię)

.....
(data urodzenia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
nr konta bankowego na które należy przelać świadczenia

..... /
(miejsce zatrudnienia – jednostka organizacyjna) (tel. kontaktowy, e-mail)

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
do MKZP przy MZOPO
w MYŚŁOWICACH
ul. Powstańców 6a
tel. 32 666 31 13**

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków MKZP przy MZOPO w Myśłowicach ul. Powstańców 6a

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego Statutu, regulaminów, które są mi znane, uchwał Walnego Zebrania oraz postanowień władz MKZP;
2. Opłacam wpisowe określone regulaminem .
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski przewidziany regulaminem.
4. Zgadzam się na potrącenie przez Zakład Pracy z mego wynagrodzenia i zasiłku chorobowego zadeklarowanych wkładów oraz spłat udzielanych mi pożyczek i upoważniam Zarząd MKZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa;
5. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP;
6. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd MKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania i nr konta bankowego
7. W razie mojej śmierci zgromadzone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić osobie uposażonej.
8. Podając dane osobowe osoby uposażonej , zobowiązuje się do poinformowania jej o fakcie ich udostępnienia MKZP

..... / /
(nazwisko i imię osoby uposażonej) (stopień pokrewieństwa) (data i miejsce urodzenia)

zam. w, ul., nr

Myśłowice, dnia 20..... r.

(własnoręczny podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez MKZP przy MZOPO w Myśłowicach ul. Powstańców 6a, w celu realizacji świadczeń z MKZP.

„Zgodnie z art. 13 PE i RUE 2016/679 z dnia 27.04.2016r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE [RODO] , informujemy, iż administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest MKZP przy MZOPO w Myśłowicach ul. Powstańców 6a. Dane osobowe będą przetwarzane w celach udzielania świadczeń z MKZP. Dane będą udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania i wycofania w każdym momencie . Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji ww. celu.”

Myśłowice, dnia 20..... r.

(własnoręczny podpis)

Uchwałą Zarządu MKZP z dniem 20..... r. zostaje przyjęty(a) w poczet członków MKZP

.....
(Pieczęćka MKZP)

.....
(Podpisy członków Zarządu MKZP)