

Deklaracja przystąpienia do MKZP

Nr ewidencyjny (wypełnia MKZP)

Imię (imiona) i nazwisko

Adres do korespondencji

Nazwa i siedziba pracodawcy

Pesel..... tel. kontaktowy.....

E-mail.....

Rodzaj stanowiska pracy: administracja, obsługa, nauczyciel*

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej Pracowników Oświaty przy Szkole Podstawowej nr 2 z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Aleksandry Piłsudskiej w Suwałkach.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień Statutu, który jest mi znany, uchwał Walnego Zebrania Delegatów oraz postanowień władz MKZP.
2. Opłacę wpisowe ustalone uchwałą Walnego Zebrania Delegatów.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski podstawowy*/zwiększony w kwocie zł*.
4. Deklaruję dobrowolną wpłatę */nie deklaruje dobrowolnej wpłaty/* na fundusz zapomogowy w terminie i kwocie ustalonej przez Walne Zebranie Delegatów.
5. Zgadzam się na potrącanie przez pracodawcę z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego oraz ze wszelkich innych należności, tj. wpisowego, zadeklarowanych wkładów i dobrowolnych wpłat na fundusz zapomogowy, rat pożyczek udzielonych mi przez MKZP oraz pozostałych opłat statutowych. Upoważniam Zarząd MKZP do bezpośredniego podejmowania tych należności u każdego pracodawcy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
6. Zostałem poinformowany o tym, że wszelkie informacje związane z działalnością MKZP będą dostępne na stronie internetowej Szkoły Podstawowej nr 2 w Suwałkach pod adresem www.sp2.suwalki.pl.
7. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenie mi wkładów i spłaty pożyczek powoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP.
8. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd MKZP o każdej zmianie pracodawcy, adresu do korespondencji oraz danych kontaktowych.
9. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić:

Panu (i) tel. kontaktowy.....

Adres do korespondencji:.....

E-mail.....Pesel.....

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Oświadczenie członka MKZP

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 43. Ustawy z 11 sierpnia 2011 r. o kasach zapomogowo-pożyczkowych (Ustawa o KZP) oraz 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 MKZP. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w MKZP przez okres wymagany aktualnymi przepisami prawa. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z MKZP w szczególności: pracodawcy, poczcie, bankowi, kancelarii prawnej, dostawcy systemów informatycznych. Jestem świadomy, że 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 Ustawy o KZP i RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w MKZP.

Wyrażam również zgodę na wysyłanie korespondencji mailowej i telefonicznej, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (tekst jednolity: Dz. U. 2019 poz. 123, z późn. zm.).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Uchwałą Zarządu MKZP z dnia 20..... r. przyjęto w poczet członków MKZP z dniem.....

.....
(czytelne podpisy członków Zarządu MKZP)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość i data)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(telefon kontaktowy)

OŚWIADCZENIE OSOBY UPRAWNIONEJ

(do objęcia wkładów po zmarłym członku MKZP)
w przedmiocie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (nazwiska, imion, adresu do korespondencji, numeru Pesel, numeru telefonu, adresu e-mail) zgodnie z art. 43. Ustawy z 11 sierpnia 2021 r. o kasach zapomogowo-pożyczkowych (Ustawa o KZP) oraz 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 MKZP. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku ze śmiercią członka MKZP, który wskazał mnie jako osobę uprawnioną do otrzymania jego wkładu członkowskiego w MKZP. Mogą one zostać udostępnione podmiotom współpracującym z MKZP w szczególności: pracodawcy, poczcie, bankowi, kancelarii prawnej, dostawcy systemów informatycznych. Jestem świadomy, że 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 uznaję, iż przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy Ustawy o KZP i RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne, aby zostać osobą uprawnioną do zapisu wkładów członka MKZP.

.....
(czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość i data)

.....
(adres do korespondencji)

.....
(pracodawca)

.....
(telefon kontaktowy)

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

w przedmiocie wyrażenia zgody na potrącenie należności na rzecz MKZP

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia za pracę (w tym chorobowego), z zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz ze wszelkich innych należności, należności z tytułu przynależności do Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej Pracowników Oświaty przy Szkole Podstawowej nr 2 z Oddziałami Dwujęzycznymi im. Aleksandry Piłsudskiej w Suwałkach, tj. wpisowego, zadeklarowanych wkładów i dobrowolnych wpłat na fundusz zapomogowy, rat pożyczek udzielonych mi przez MKZP oraz pozostałych opłat statutowych, w wysokości ustalonej uchwałą Walnego Zebrania Delegatów. Potrącenie będzie zgodne z listą potrąceń sporządzaną przez MKZP na każdy miesiąc. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.

.....
(czytelny podpis pracownika składającego oświadczenie)