|  |  |
| --- | --- |
| .............................................................................  (nazwisko i imię członka)  ....................................................................................  (adres zamieszkania)  ....................................................................................  (miejsce pracy)  ……………………………………………  (numer telefonu) | **Do MKZP przy Szkole Podstawowej Nr 2 im. Leonida Teligi w Kamieniu Pomorskim**  **ul. Wolińska 9**  **72-400 Kamień Pomorski** |

**WNIOSEK  
O AKTUALIZACJE DANYCH CZŁONKA MKZP**

Proszę o zmianę danych znajdujących się w mojej Deklaracji przystąpienia do Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Szkole Podstawowej Nr 2 im. Leonida Teligi w Kamieniu Pomorskim, które dotyczą (właściwe podkreślić) :  
1. zmiany moich danych  
2. zmiany miesięcznego wkładu członkowskiego  
3. zmiany osoby uprawnionej

**1. Dotychczasowe dane członka :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Telefon lub adres e-mail** |  |

**Dane po zmianie/aktualizacji**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Telefon lub adres e-mail** |  |

2. Na podstawie Statutu MKZP § 11 pkt 2 oświadczam, że deklaruję miesięczną składkę członkowską w wysokości ................ zł słownie : ..............................................................   
Zgoda na zadeklarowaną składkę obowiązuje od dnia ......................... do dnia .................................  
3. Oświadczenie o wskazaniu osoby uprawnionej. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić Pani/Panu:  
Nazwisko i imię : .......................................................................................................  
Adres do korespondencji : ........................................................................................................  
Numer telefonu : .........................................................................................................  
lub adres e-mail : .........................................................................................................

........................................... .....................................................  
(data) (czytelny podpis członka MKZP)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Decyzja Zarządu MKZP przy Szkole Podstawowej Nr 2 im. Leonida Teligi w Kamieniu Pomorskim  
Zarząd MKZP na posiedzeniu w dniu .................. zatwierdził zmiany przedstawione w niniejszym Wniosku.

Podpisy członków Zarządu MKZP :

........................................................................................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych członka MKZP**

Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa przy Szkole Podstawowej Nr 2 im. Leonida Teligi w Kamieniu Pomorskim, jako administrator danych osobowych informuje, że niniejsza zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych można złożyć w formie pisemnej na adres: Szkoła Podstawowa Nr 2 im. Leonida Teligi w Kamieniu Pomorskim, ul. Wolińska 9, nr tel.(91)3820784, skrzynka e-mail : d.duda@kamienpomorski.pl

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie, przez Międzyzakładową Kasę Zapomogowo-Pożyczkową przy Szkole Podstawowej Nr 2 im. Leonida Teligi w Kamieniu Pomorskim, moich danych osobowych zawartych w Deklaracji przystąpienia do MKZP oraz składanych przeze mnie wnioskach i oświadczeniach. Dane te mogą być przetwarzane w celu realizacji zadań ustawowych związanych z moim członkostwem w MKZP, w tym przyjęciem w poczet członków, gromadzeniem wkładów członkowskich oraz udzielaniem pomocy materialnej w formie pożyczek lub zapomóg, a także dochodzeniem związanych z nimi praw lub roszczeń.

....................................... ..............................................................................  
 data podpis osoby składającej oświadczenie