

Formularz wypełniamy czytelnie

Załącznik nr 1
do Statutu KZP
przy KMP w Koninie

ID:
□ □ □ □ □ □ □ □

PESEL:
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

(imię i nazwisko członka KZP)

(nr telefonu)

(adres zamieszkania lub jednostka)

(adres e-mail)

(cd. adresu zamieszkania)

Deklaracja
Przystąpienia w poczet członków KZP
przy KMP w Koninie

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków KZP Kasy Zapomogowo– Pożyczkowej przy KMP w Koninie.
Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zgromadzenia oraz postanowień władz KZP
- 2) deklaruję wpłacić wpisowe oraz systematycznie wpłacać miesięczny wkład członkowski określony statutem KZP
- 3) wyrażam zgodę na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia/uposażenia wpisowego określonego Statutem, zadeklarowanego wkładu oraz spłat rat udzielanych pożyczek
- 4) przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącanie wkładów i spłaty pożyczki spowoduje skreślenie mnie z listy członków KZP
- 5) w razie utraty członkostwa wyrażam zgodę na potrącanie mi z wynagrodzenia, uposażenia, odprawy lub innych należności całej niespłaconej pożyczki
- 6) wyrażam zgodę na użycie mojego nr PESEL na wewnętrzną rejestrację - identyfikację członka KZP
- 7) w razie mojej śmierci zgromadzone przeze mnie wkłady członkowskie po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić:

Pani/Panu stopień pokrewieństwa

Adres zamieszkania

PESEL: nr tel. / adres e-mail

.....
(data, własnoręczny podpis)

Decyzja Zarządu KZP

Zarząd KZP w dniu20.....roku przyjął wnioskodawcę w poczet członków KZP przy KMP w Koninie.

Przewodniczący..... Z-ca przewodniczącego.....

Członek Zarządu..... Członek Zarządu.....

Członek Zarządu.....

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH CZŁONKA KZP

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa przy Komendzie Miejskiej Policji w Koninie ul. Przemysłowa 2, 62-510 Konin.
2. Pani/Pana dane są przetwarzane w celach związanych z członkostwem w KZP na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie, co jest równoważne z wykreśleniem z listy członków KZP oraz koniecznością uiszczenia płatności bezpośrednio na konto KZP.
3. Jeżeli wyrazi Pani/Pan zgodę, będziemy przetwarzać Pani/Pana dane w celu potrącania składek i należności bezpośrednio z Pani/Pana wynagrodzenia przez pracodawcę. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych nie wpływa na zgodność z przepisami przetwarzania realizowanego przez KZP przed wycofaniem zgody.
4. W przypadku powstania jakichkolwiek roszczeń Pani/Pana dane mogą być przetwarzane również w celu obrony/dochodzenia tych roszczeń, jako prawnie uzasadniony interes realizowany przez Administratora danych. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być m.in. sądy.
5. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji wskazanych celów przetwarzania.
6. Pani/Pana dane mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa. Ponadto będą udostępniane pracodawcy w związku z zapewnianiem obsługi administracyjnej KZP. W przypadku opóźnienia w spłacie pożyczki, informacja o opóźnieniu zostanie przekazana Pani/Pana poręczycielom.
7. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych wynika z przepisów art. 43 ust 5 i 6 ustawy o kasach zapomogowo-pożyczkowych z dnia 11 sierpnia 2021 r. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres członkostwa w KZP, a następnie przez 10 lat od dnia ustania członkostwa. W przypadku dochodzenia roszczeń, w związku z opóźnieniem lub zaprzestaniem spłaty, dane będą przetwarzane do czasu przedawnienia tych roszczeń.
9. W zakresie przewidzianym przepisami prawa przysługuje Pani/Panu prawo do żądania dostępu do Pani/ Pana danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do żądania przenoszenia danych.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego do Prezesa UODO na przetwarzanie danych przez Administratora.
11. Konsekwencją odmowy podania wymaganych danych osobowych będzie brak możliwości realizacji określonego celu przetwarzania przez administratora.

Oświadczam, że zapoznałam się/zapoznałem się* z powyższą informacją i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez KZP przy KMP w Koninie.

(data i własnoręczny podpis)

* - niepotrzebne skreślić