|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ...................................................................... Numer ewidencyjny ..............................  Nazwisko i imię  ...................................................................... **Deklaracja**  PESEL  ……………………………………………. **Przystąpienia do PKZP**.  Tel kontaktowy  ……………………………………………..  Miejsce zamieszkania   |  | | --- | |  |   Adnotacje o zmianie miejsca zamieszkania |  |  | 1. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić   .....................................................................................................................................................  zam, w ....................................................... ul. ........................................................... nr ..............  gmina ................................................ województwo .....................................................................  ..............................................., dnia .................... 20…..... r. ...........................................  Własnoręczny podpis |
|  |  |  | Uchwałą Zarządu PKZP z dnia .............................................. 20........ r. przyjęty(a) w poczet  członków PKZP z dniem ................................................................ 20.........r.    ………….......................................... ……………………………….  Pieczątka PKZP podpis Komisji |
| Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Pracowniczej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej  w .................................................................................................................................................................  Nazwa i siedziba Zakładu Pracy |  |  |
| Jednocześnie oświadczam, że:   1. Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego regulaminu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania oraz postanowień władz PKZP. 2. Opłacę wpisowe określone Statutem w wysokości……………oraz deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości………………..wynagrodzenia miesięcznego brutto. 3. Zgadzam się na potrącenie przez Zakład Pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego zadeklarowanych wkładów oraz spłat udzielanych mi pożyczek i upoważniam Zarząd PKZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkowstwa. 4. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków PKZP. 5. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd PKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania 6. Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do funkcjonowania Pracowniczej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej w ZOSiPS w Kętach (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity:   Dz. U. 2018 r. poz. 1000 z późn.zm.).  \*) niepotrzebne skreślić |  |  |
| Adnotacje o zmianie wysokości wkładów:  Na podstawie uchwały Walnego zebrania członków z dn. ..........................................................20…...r.  od dnia ............................................ 20.....r. potrąca się wkłady człon. w wysokości ........................ %  mies. zarobku.  ...........................................................  podpis |