|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ...................................................................... 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-Pożyczkowejw ................................................................................................................................................................. 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 |