WNIOSEK
o aktualizację danych
w Międzyzakładowej Kasie Zapomogowo-Pożyczkowej
przy Zakładzie Obsługi Szkół i Przedszkoli Samorządowych w Kętach

…… (imię i nazwisko)

Numer ewidencyjny …….....

…… (PESEL/nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało)

…….. (miejsce zatrudnienia)

Proszę o dokonanie następujących aktualizacji moich danych osobowych:

	Dane przed zmianą:	**Dane po zmianie:**
1)	…… (imię i nazwisko)	…… (imię i nazwisko)
2)	…… (adres do korespondencji)	…… (adres do korespondencji)
3)	…… (numer telefonu)	…… (numer telefonu)
4)	…… (adres poczty mailowej)	…… (adres poczty mailowej)
5)	…… (stan cywilny)	…… (stan cywilny)
6)	…… (ustrój majątkowy)	…… (ustrój majątkowy)
7)	…… (imię i nazwisko) (PESEL) …… (adres do korespondencji) …… (telefon kontaktowy) (zmiana osoby uprawnionej)	…… (imię i nazwisko) (PESEL) …… (adres do korespondencji) …… (telefon kontaktowy) (zmiana osoby uprawnionej)
8)	…… (imię i nazwisko) (PESEL) …… (adres do korespondencji) …… (telefon kontaktowy) (zmiana osoby uprawnionej)	…… (imię i nazwisko) (PESEL) …… (adres do korespondencji) …… (telefon kontaktowy) (zmiana osoby uprawnionej)
9)	…… (inne dane zgodnie ze Statutem)	…… (inne dane zgodnie ze Statutem)

Wyrażam zgodę *na przetwarzanie moich danych osobowych przez MKZP przy ZOSiPS działającą przy Zakładzie Obsługi Szkół i Przedszkoli Samorządowych w Kętach w zakresie informacji zawartych w Deklaracji przystąpienia do MKZP przy ZOSiPS zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych). Jednocześnie potwierdzam, że wyrażenie przeze mnie zgody jest dobrowolne, jednak konieczne w celu przystąpienia do MKZP przy ZOSiPS. Wyrażam zgodę po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku o przystąpienie do MKZP przy ZOSiPS (art. 6 ust. 1 lit. b*

RODO) na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imienia (imion) i nazwiska, numeru PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL - nazwy i numeru dokumentu tożsamości oraz nazwy państwa, które go wydało, adresu do korespondencji oraz numeru telefonu lub adresu poczty elektronicznej, stanu cywilnego, ustroju majątkowego, stanu zdrowia, otrzymywanego wynagrodzenia lub zasiłku, wysokości pożyczki, wysokości zapomóg oraz wysokości moich potrąceń. Przetwarzanie moich danych osobowych, o których mowa wyżej, odbywa się w związku z moim członkostwem w MKZP przy ZOSiPS oraz w celu ich archiwizacji przez czas określony w statucie MKZP przy ZOSiPS.
Oświadczam, że zapoznałam/em się ze Statutem MKZP przy ZOSiPS oraz Klauzulą informacyjną o zasadach przetwarzania danych osobowych, która stanowi załącznik do Statutu MKZP przy ZOSiPS.

…….. ……
(miejscowość, data) (podpis)

W załączeniu przedkładam **OŚWIADCZENIE WOLI** w zakresie przetwarzania danych osobowych osoby/osób uprawnionych do otrzymania wkładu członkowskiego po śmierci członka MKZP przy ZOSiPS:

Wyrażam zgodę *na przetwarzanie moich danych osobowych przez MKZP przy ZOSiPS działającą przy Zakładzie Obsługi Szkół i Przedszkoli Samorządowych w Kętach w zakresie informacji zawartych w dokumentacji MKZP przy ZOSiPS oraz danych dotyczących mojego numeru rachunku bankowego. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez pracodawcę, przy którym działa MKZP przy ZOSiPS, w postaci imienia (imion) i nazwiska, numeru PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL - nazwy i numeru dokumentu tożsamości oraz nazwy państwa, które go wydało, adresu do korespondencji oraz numeru telefonu lub adresu poczty elektronicznej oraz na archiwizację tych danych przez czas określony w statucie MKZP przy ZOSiPS. Przetwarzanie moich danych osobowych, o których mowa wyżej, może odbywać się w związku ze śmiercią członka, który wskazał mnie jako osobę uprawnioną do otrzymania jego wkładu członkowskiego w MKZP przy ZOSiPS. Jednocześnie potwierdzam, że wyrażenie przez mnie zgody jest dobrowolne, jednak konieczne w celu realizacji mojego uprawnienia do otrzymania wkładu członkowskiego w razie śmierci członka MKZP przy ZOSiPS.*
Oświadczam, że zapoznałam/em się Klauzulą informacyjną o zasadach przetwarzania danych osobowych, która stanowi załącznik do Statutu MKZP przy ZOSiPS.

1)…… ……
(miejscowość, data) (własnoręczny podpis)

2) …….. ……
(miejscowość, data) (własnoręczny podpis)

Decyzja Zarządu

Decyzją Zarządu z dnia …….. dokonano aktualizacji danych członka MKZP przy ZOSiPS z dniem ……

……..
(pieczęć MKZP przy ZOSiPS) (podpisy członków Zarządu)