**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA do KZP**

Data złożenia deklaracji: ……………………………………………………………………………………

DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY:

**Nazwisko i imię:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nazwisko rodowe** (jeśli inne niż podane wyżej): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adres do korespondencji:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Nr PESEL:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Adres e-mail / nr tel.:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Jednostka organizacyjna:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy UMB.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę przestrzegać postanowień obowiązującego Statutu KZP, który jest mi znany oraz uchwał organów KZP.
2. Deklaruję wpłatę wpisowego oraz miesięcznych wkładów członkowskich w wysokości określonej w obowiązującym Statucie KZP.
3. Zgadzam się na potrącanie przez UMB z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego , zasiłku wychowawczego oraz wszystkich innych należności przysługujących mi od pracodawcy, zadeklarowanych wkładów, wpisowego oraz spłat udzielanych mi pożyczek i upoważniam Zarząd KZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
4. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków KZP.
5. **Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd KZP o każdej zmianie moich danych osobowych.**

**Podpis wnioskodawcy:**

**Wyrażenie zgody**

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 43. Ustawy z 11 sierpnia 2021 r. o kasach zapomogowo-pożyczkowych (Ustawa o KZP) oraz art. 6 ust.1 lit. a, art. 9 ust. 2 lit a Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO). Jestem świadomy, iż Administratorem moich danych osobowych jest KZP. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w KZP. Podstawą przetwarzania danych jest przepis prawa tj. art. 43 ust. 2 ustawy o KZK. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z KZP w szczególności: pracodawcy, poczcie, bankowi, kancelarii prawnej, dostawcy systemów informatycznych. Jestem świadomy, że posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu. Mam prawo do wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych, gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy Ustawy o KZP i RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w KZP”.

**Data i podpis wnioskodawcy:**

Przyjęto w poczet członków Uchwałą Zarządu KZP z dnia …………………………………… nadając **numer członkowski:** ……………………………………………

**Podpisy członków Zarządu:**