

| | | | |
|--------------------------------|--|-------------|--|
| Nazwisko | | Imię | |
| Data urodzenia | | | |
| Ulica i nr domu | | Miejscowość | |
| Kod pocztowy | | Poczta | |
| Telefon | | | |
| Miejsce pracy | | | |
| Pieczęć i podpis Zakładu Pracy | | | |

Numer ewidencyjny

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO MKZP

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo -Pożyczkowej przy Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 4 w Białej Podlaskiej.

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania członków oraz postanowień organów MKZP.
2. Opłacę wpisowe 50,00 określone statutem.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości (kwota minimalna 50,00) zł.
4. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego zadeklarowanych wkładów oraz spłat udzielanych mi pożyczek i upoważniam Zarząd MKZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
5. Przyjmuję do wiadomości, że wycofane przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP.
6. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd MKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
7. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić osobie uprawnionej :

.....
(Nazwisko i Imię)

.....
(Data urodzenia)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(dnia)

.....
(własnoręczny podpis przystępującego)

Wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu, nr konta bankowego, dane dowodu tożsamości w celach niezbędnych do udzielania świadczeń z Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej.

Administratorem danych osobowych jest Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 4 w Białej Podlaskiej ul. Akademicka 8. Podanie danych jest dobrowolne ale niezbędne do realizacji świadczeń.

Przysługuje Pan/Panu prawo dostępu do swoich danych, ich poprawiania oraz usunięcia co będzie skutkowało skreśleniem z listy członków MKZP.

.....
czytelny podpis uprawnionego

.....
czytelny podpis przystępującego

Uchwałą Zarządu MKZP dnia: przyjęto w poczet członków MKZP z dniem:

.....
(Podpisy członków Zarządu MKZP)