

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO MKZP

1.	IMIĘ (IMIONA)													
2.	NAZWISKO													
3.	PESEL*													
	* w przypadku braku numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwa państwa, które go wydało													
4.	ADRES KORESPONDENCYJNY	ul.								nr domu		nr lokalu		
		kod pocztowy				-			miejsowość					
5.	NR TELEFONU													
6.	ADRES E-MAIL												@	
7.	NAZWA JEDNOSTKI OŚWIATOWEJ													

numer konta bankowego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Dzielnicowym Biurze Finansów Oświaty-Bemowo m.st. Warszawy.

Jednocześnie oświadczam, że:

- Będę ściśle przestrzegał/a przepisów obowiązującego statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zgromadzenia delegatów oraz postanowień zarządu MKZP.
- Opłacę wpisowe określone w statucie MKZP w wysokości 20 zł (słownie: dwadzieścia złotych).
- Spowoduję przelanie moich wkładów z MKZP przy której byłem poprzednio członkiem.
- Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości zł słownie: (nie mniejszy jak określony w statucie MKZP).
- Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mojego wynagrodzenia i/lub zasiłku zadeklarowanych wkładów oraz rat udzielonych mi pożyczek i upoważniam Zarząd MKZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy.
- Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenia mi wkładów i rat pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP.
- Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd MKZP o każdej zmianie moich danych osobowych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w formie załączonego oświadczenia zawartego w formularzu Wzór informacji dot. przetwarzania danych osobowych członka kasy/poręczyciela wraz ze zgodą dot. przetwarzania danych osobowych, zgodnie z załącznikiem nr 9a do Statutu MKZP.
- W razie mojej śmierci wpłacane przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić Pani(u)

1.	IMIĘ (IMIONA)													
2.	NAZWISKO													
3.	PESEL*													
	* w przypadku braku numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwa państwa, które go wydało													
4.	ADRES KORESPONDENCYJNY	ul.								nr domu		nr lokalu		
		kod pocztowy				-			miejsowość					
5.	NR TELEFONU													

Osoba uprawniona udzieliła zgody na przetwarzanie powyższych danych osobowych w formie załączonego formularza Wzór informacji dot. przetwarzania danych osobowych osoby uprawnionej wraz ze zgodą dot. przetwarzania danych osobowych zgodnie z załącznikiem nr 9b do Statutu MKZP.

Warszawa, dnia
(Czytelny podpis)

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

.....
(data) (Podpisy Zarządu MKZP)

* Niepotrzebne skreślić