|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię  |  |
| PESEL  |  |
| Dział PCz |  |
| Adres Zamieszkania |  |
| Telefon |  | E-mail  |  |

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
do Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Politechnice Częstochowskiej**

 Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Politechnice Częstochowskiej (zwaną dalej KZP).

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień Statutu, który jest mi znany, uchwał oraz postanowień organów KZP.
2. Opłacę wpisowe określone statutem w wysokości **2% miesięcznego wynagrodzenia brutto**.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości **2% miesięcznego wynagrodzenia brutto**.
4. Moje konto bankowe do rozliczeń z KZP: **……………………………………..…………………**
5. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego wpisowego oraz zadeklarowanych wkładów miesięcznych.
6. Zgadzam się na przeksięgowanie z moich rocznych wkładów kwotę 12 zł (słownie złotych: dwanaście) w fundusz rezerwowy.
7. Zgadzam się na potrącanie z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, zasiłku wychowawczego oraz z wszystkich innych należności przysługujących mi od każdego pracodawcy, rat pożyczek udzielonych mi przez KZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
8. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd KZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
9. W razie mojej śmierci **osobą uprawnioną** do odbioru wpłaconych przeze mnie wkładów członkowskich, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia jest:

...………………………………….…………………………………… ………………………………………………

(Nazwisko i Imię) (PESEL)

……………………………………….……………… ……………………….……………… …………….……..………

 (Adres zamieszkania) (e-mail) (nr telefonu)

W załączeniu do niniejszej deklaracji przedkładam zgody udzielone w formie oświadczenia członka KZP składającego deklarację (*załącznik nr 2 do Statutu*) oraz osoby uprawnionej (*załącznik nr 3 do Statutu*).

 **…………………………………….. ……………..……….……………………….……………………..……..**

 (data) (Własnoręczny podpis składającego deklarację)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Uchwałą Zarządu KZP nr …………………… z dnia: ……….……………… przyjęto w poczet członków KZP z dniem: ……………………..……/nr ……….**

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (Podpisy członków Zarządu KZP)

**Oświadczenie członka Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej
przy Politechnice Częstochowskiej**

Ja, niżej podpisany/na wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych
w podanym niżej zakresie:

1) imię (imiona) i nazwisko,

2) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL - nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało,

3) adres do korespondencji oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej,

4) stan cywilny oraz ustrój majątkowy,

5) stan zdrowia,

6) otrzymywane wynagrodzenie lub zasiłek

przez administratora danych:

**Kasę Zapomogowo – Pożyczkową przy Politechnice Częstochowskiej w Częstochowie**

**ul. J.H. Dąbrowskiego 69, 42-201 Częstochowa**

w celu realizacji zadań ustawowych związanych z członkostwem w KZP przy PCz,
w tym gromadzeniem wkładów członkowskich oraz udzielaniem pomocy materialnej
w formie pożyczek lub zapomóg, a także dochodzeniem związanych z nimi praw
lub roszczeń.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Statutu.

…………………………………………

 *imię i nazwisko*

**Oświadczenie osoby uprawnionej**

Ja, niżej podpisany/na wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych
w podanym niżej zakresie:

1) imię (imiona) i nazwisko,

2) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL - nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało,

3) adres do korespondencji oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej,

przez administratora danych:

**Kasę Zapomogowo – Pożyczkową przy Politechnice Częstochowskiej w Częstochowie**

**ul. J.H. Dąbrowskiego 69, 42-201 Częstochowa**

w celu realizacji zadań ustawowych związanych z realizacją dyspozycji członka kasy na wypadek jego śmierci.

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………… | …………………………………………….. |
| Data, miejsce | **Czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę** |