# Załącznik nr 6

**do Regulaminu**

**DEKLARACJA UZUPEŁNIAJĄCA DANE MKZP**

**Nr ewidencyjny**:……………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | Imię |  |
| PESEL |  | Data urodzenia |  |
| Ulica i nr domu |  | Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  |
| Telefon |  | E-mail |  |

............................................................................................................................................................................................................................................

*Miejsce zatrudnienia*

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego regulaminu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania oraz postanowień władz MKZP.

2. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości ..................zł.

3. Zgadzam się na potrącanie wkładów i rat pożyczek z wynagrodzenia za pracę, zasiłków z ubezpieczenia społecznego innych należności. Jednocześnie upoważniam **Zarząd MKZP** do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. 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 z listy członków MKZP.

5. Zobowiązuje się zawiadomić Zarząd MKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.

6. **W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić:**

Imię i nazwisko …...............................................................................................................................................................................................

data i m-ce urodzenia: .......................................................................pesel……………………………….. nr telefonu………………… adres:......................................................................................................................................................................................................................

…………..dnia................................ *……………………..……………………………*

*Własnoręczny podpis*

**Zgoda członka Kasy zapomogowo-pożyczkowej na przetwarzanie jej danych osobowych.**

*„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 oraz**art. 13 ust. 1 i 2 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. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z KZP w szczególności: pracodawcy, poczta, 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, własnoręczny podpis)

**Zgoda osoby uprawnionej (do objęcia wkładów po zmarłym członku Kasy zapomogowo-pożyczkowej) na przetwarzanie jej danych osobowych.**

*„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 oraz**art. 13 ust. 1 i 2 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 wskazaniem mnie, przez członka KZP, jako osoby uprawnionej do otrzymania wkładu członkowskiego w razie jego śmierci. 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, aby zostać osobą uprawnioną do zapisu wkładów członka KZP”.*

……………………….…………………………..

(data, własnoręczny podpis)

**Klauzula informacyjna dla członka KZP**

**Art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO)**

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Międzyzakładowa Pracownicza Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa działająca przy Oświacie Powiatowej,   
   ul. Poniatowskiego 10,

05-400 Otwock.

1. Wszelkie kwestie dotyczące danych osobowych można kierować na e-mail: adres siedziby wskazany w ust. 1) lub tel. 22 779 29 52
2. Pani/Pana dane są przetwarzane, w celach związanych z członkostwem w MKZP na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody. Zgoda może zostać wycofana  
    w dowolnym momencie, co jest równoważne z wykreśleniem z listy członków MKZP. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych nie wpływa na zgodność z przepisami przetwarzania realizowanego przez KZP przed wycofaniem zgody.
3. Jeżeli wyrazi Pani/Pan zgodę, będziemy przetwarzać Pani/Pana dane w celu potrącenia składek i należności bezpośrednio z Pani/Pana wynagrodzenia przez pracodawcę. Zgoda może zostać wycofana w dobrowolnym momencie, co jest równoważne z koniecznością uiszczania płatności bezpośrednio na konto MKZP.
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych w celach związanych z udzielaniem, rozliczaniem i spłacaniem pożyczek będzie realizowane w oparciu o **wniosek udzielenia Pani/Panu pożyczki.**
5. W przypadku powstania jakichkolwiek roszczeń Pani/Pana dane mogą być przetwarzane również w celu dochodzenia tych roszczeń, jako prawnie uzasadniony interes realizowany przez Administratora danych.
6. Podanie przez Pana/Panią danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji wskazanych celów przetwarzania.
7. Pana/Pani dane mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa. Ponadto będą udostępnione pracodawcy, w związku  
    z zapewnieniem obsługi administracyjnej MKZP. W przypadku opóźnienia w spłacie pożyczki, informacja o opóźnieniu zostanie przekazana Pani/Pana poręczycielom.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres członkostwa w MKZP, a następnie przez 10 lat od dnia ustania członkostwa. W przypadku dochodzenia roszczeń w związku z opóźnieniem lub zaprzestaniem spłaty dane będą przetwarzane do czasu przedawnienia tych roszczeń - zgodnie z art. 43 ust 2 i 5 Ustawy z dnia 11 sierpnia 2021 r. o kasach zapomogowo- pożyczkowych.
9. W zakresie przewidzianym przepisami prawa przysługuje Panu/Pani prawo do żądania dostępu do Pana/Pani danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do żądania przenoszenia danych.
10. Pani/Pana dane nie będą podlegać profilowaniu
11. Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego do Prezesa UODO na przetwarzanie danych przez Administratora.
12. Pani/Pana dane nie będą udostępnione do Państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

……………………….…………………………..

(data, własnoręczny podpis)

**Klauzula informacyjna dla osoby uprawnionej przez członka KZP**

**Art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO)**

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Międzyzakładowa Pracownicza Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa działająca przy Oświacie Powiatowej,   
   ul. Poniatowskiego 10, 05-400 Otwock.
2. Wszelkie kwestie dotyczące danych osobowych można kierować na e-mail: adres siedziby wskazany w ust. 1) lub tel. 22 779 29 52
3. Pani/Pana dane są przetwarzane w celach związanych z uprawnieniem do wypłaty wkładu członkowskiego w razie śmierci członka KZP, który uprawnił Panią/Pana do otrzymania tych środków.
4. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie, co będzie równoznaczne z utratą statusu osoby uprawnionej do wypłaty wkładu na wypadek śmierci członka. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych nie wpływa na zgodność z przepisami przetwarzania realizowanego przez KZP przed wycofaniem zgody.
5. Jeżeli wyrazi Pan/Pani zgodę, będziemy przetwarzać Pani/Pana dane w celu nawiązania kontaktu na wypadek śmierci członka MKZP oraz przekazania zgromadzonych środków.
6. Podanie przez Pana/Panią danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji wskazanych celów przetwarzania.
7. Pana/Pani dane mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa. Ponadto będą udostępnione pracodawcy, w związku   
   z zapewnieniem obsługi administracyjnej M KZP.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres członkostwa w KZP osoby, która uprawniła Panią/Pana do otrzymania wkładu na wypadek jej śmierci,  
    a w przypadku wypłaty tego wkładu przez 5 kolejnych lat, po roku, w którym doszło do wypłaty.
9. W zakresie przewidzianym przepisami prawa przysługuje Panu/Pani prawo do żądania dostępu do Pana/Pani danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do żądania przenoszenia danych.
10. Pani/Pana dane nie będą podlegać profilowaniu.
11. Przysługuje Panu/Pani prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego do Prezesa UODO na przetwarzanie danych przez Administratora.
12. Pani/Pana dane nie będą udostępnione do Państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

……………………..….……………………….…………………..

(data, własnoręczny podpis osoby uprawionej)