

miejsce pracy			
nazwisko		imię	
ulica i nr domu		miejsowość	
kod pocztowy		poczta	
telefon		e-mail	

ZMIANA DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA DO MKZP

Z POWODU: *)

- ZWIĘKSZENIA / ZMNIJSZENIA MIESIĘCZNEGO WKŁADU
 ZMIANY DANYCH OSOBOWYCH
 ZMIANY OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Proszę o zmianę deklaracji członkowskiej Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej przy Zespole Szkół Centrum Kształcenia Zawodowego w Grubnie

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania członków oraz postanowień organów MKZP.
2. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości zł od miesiąca 20
3. Deklaruję miesięczną opłatę w wysokości 6,00 zł na poczet prowadzenia kasy.
4. Wyrażam zgodę na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego zadeklarowanych wkładów miesięcznych.
5. Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, zasiłku wychowawczego rat pożyczek udzielonych mi przez MKZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
6. Przyjmuję do wiadomości, że wycofane przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP.
7. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd MKZP o każdej zmianie danych osobowych oraz miejsca zamieszkania.
8. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić:

nazwisko		imię	
stopień pokrewieństwa		data urodzenia	
miejsowość ulica i nr domu		poczta	
Udział procentowy:		 %

nazwisko		imię	
stopień pokrewieństwa		data urodzenia	
miejsowość ulica i nr domu		poczta	
Udział procentowy:		 %

....., DNIA PODPIS

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2004r. (Nr 0, poz.1182) w związku z członkostwem w MKZP przy ZS CKZ w Grubnie.
Jestem świadomy, że administratorem moich danych osobowych jest MKZP przy ZS CKZ w Grubnie; oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie wglądu do moich danych osobowych oraz do ich poprawiania.

.....
(data)

.....
(Własnoręczny podpis)

Uchwałą nrZarządu z dnia przyjęto zmianę deklaracji
członka MKZP z dniem

.....

PIECIEC PKZP I PODPISY ZARZĄDU MKZP

*) zaznacz odpowiedni kwadrat