Załącznik nr 1

# DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

# DO KASY ZAPOMOGOWO-POŻYCZKOWEJ W LUBANIU,

# DZIAŁAJĄCEJ PRZY OŚRODKU SZKOLEŃ SPECJALISTYCZNYCH

# STRAŻY GRANICZNEJ W LUBANIU

# (ZWANEJ DALEJ KZP)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ | NAZWISKO | | PESEL\* | |
|  |  | |  | |
| ADRES DO KORESPONDENCJI | | | | |
| ULICA | NUMER | MIEJSCOWOŚĆ | | KOD POCZTOWY |
|  |  |  | |  |
| TELEFON | | E-MAIL | | |
|  | |  | | |

**Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej w Lubaniu, działającą przy Ośrodku Szkoleń Specjalistycznych Straży Granicznej w Lubaniu**

**(zwana dalej KZP)**

Oświadczam, że:

1. będę ściśle przestrzegać postanowień statutu KZP, który jest mi znany oraz uchwał organów KZP.
2. opłacę wpisowe określone statutem.
3. deklaruję wpłacać miesięczny wkład członkowski w wysokości ………………. zł
4. zgadzam się na potrącenie przez pracodawcę wpisowego, zdeklarowanych wkładów członkowskich oraz miesięcznych rat udzielonych mi przez KZP pożyczek z mojego wynagrodzenia (uposażenia)   
   i zasiłku. Zgoda ta obowiązuje przez cały okres trwania członkostwa (dotyczy pracowników i funkcjonariuszy)
5. zobowiązuję się zawiadomić zarząd KZP o każdej zmianie danych osobowych.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli RODO i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez KZP w celach i na zasadach określonych w art.43 ustawy z 11 sierpnia 2021r. o kasach zapomogowo-pożyczkowych oraz statucie KZP oraz wyrażam zgodę na wysyłanie korespondencji mailowej, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.
7. W razie mojej śmierci zgromadzone przeze mnie wkłady członkowskie po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić wskazanej poniżej osobie uprawnionej.

……………………………………. …………………………………………………..

( data) (podpis wnioskodawcy)

**Osoba uprawniona**

W razie mojej śmierci zgromadzone przeze mnie wkłady członkowskie po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić nw. **osobie uprawnionej:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ | NAZWISKO | | | PESEL\* | |
|  |  | | |  | |
| UDZIAŁ WE WKŁADZIE CZŁONKOWSKIM | | STOSUNEK ŁĄCZĄCY OSOBĘ UPRAWNIONĄ Z CZŁONKIEM  (np. żona/mąż, partner, dziecko itp.) | | | |
| % | |  | | | |
| ADRES DO KORESPONDENCJI | | | | | |
| ULICA | NUMER | | MIEJSCOWOŚĆ | | KOD POCZTOWY |
|  |  | |  | |  |
| TELEFON | | | E-MAIL | | |
|  | | |  | | |

**Oświadczenie osoby uprawnionej**

Jako osoba uprawniona oświadczam, że zapoznałam się z treścią klauzuli RODO i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez KZP w celach i na zasadach określonych w art. 43 ustawy z 11 sierpnia 2021r. o kasach zapomogowo  
-pożyczkowych oraz statucie KZP oraz wyrażam zgodę na wysyłanie korespondencji mailowej, zgodnie z ustawą z dnia   
18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

……………………………………. …………………………………………………..

( data) (podpis osoby uprawnionej)

**Osoba uprawniona**

W razie mojej śmierci zgromadzone przeze mnie wkłady członkowskie po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić nw. **osobie uprawnionej:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ | NAZWISKO | | | PESEL\* | |
|  |  | | |  | |
| UDZIAŁ WE WKŁADZIE CZŁONKOWSKIM | | STOSUNEK ŁĄCZĄCY OSOBĘ UPRAWNIONĄ Z CZŁONKIEM  (np. żona/mąż, partner, dziecko itp.) | | | |
| % | |  | | | |
| ADRES DO KORESPONDENCJI | | | | | |
| ULICA | NUMER | | MIEJSCOWOŚĆ | | KOD POCZTOWY |
|  |  | |  | |  |
| TELEFON | | | E-MAIL | | |
|  | | |  | | |

**Oświadczenie osoby uprawnionej**

Jako osoba uprawniona oświadczam, że zapoznałam się z treścią klauzuli RODO i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez KZP w celach i na zasadach określonych w art. 43 ustawy z 11 sierpnia 2021r. o kasach zapomogowo  
-pożyczkowych oraz statucie KZP oraz wyrażam zgodę na wysyłanie korespondencji mailowej, zgodnie z ustawą z dnia   
18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

……………………………………. …………………………………………………..

( data) (podpis osoby uprawnionej)

Uchwałą Zarządu KZP z dnia …………………… przyjęty(a) w poczet członków KZP

CZŁONKOWIE ZARZĄDU KZP

……………………………………. …………………………………….

……………………………………. …………………………………….

……………………………………. …………………………………….

……………………………………. …………………………………….

\*w przypadku braku numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało.