# AKTUALIZACJA DANYCH

# DO KASY ZAPOMOGOWO-POŻYCZKOWEJ W LUBANIU,

# DZIAŁAJĄCEJ PRZY OŚRODKU SZKOLEŃ SPECJALISTYCZNYCH

# STRAŻY GRANICZNEJ W LUBANIU

# (ZWANEJ DALEJ KZP)

Ja niżej podpisany/a ..............................................................................................................................

(imię i nazwisko członka KZP w Lubaniu)

zgodnie z § 6 ust. 5 Statutu KZP w Lubaniu informuję o zmianie osoby uprawnionej do otrzymania wkładu członkowskiego w razie swojej śmierci i przedkładam oświadczenie tej osoby, o którym mowa w art. 43 ust. 1 ustawy;

……………………………………. …………………………………………………..

 ( 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)

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