

....., dnia 20..... r

.....
(nazwisko i imię)
.....
(numer PESEL lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)
.....
(dokładny adres do korespondencji)
.....
(nr telefonu lub adres poczty elektronicznej)
.....
(stan cywilny)
.....
(nazwa zakładu pracy)

DEKLARACJA Przystąpienia do KZP

Proszę o przyjęcie mnie na poczet członków Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Autyzmem w Gorzowie Wlkp.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać statutu Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Autyzmem w Gorzowie Wlkp. (który jest mi znany) oraz postanowień organów statutowych KZP.
2. Wpłacę wpisowe oraz będę wpłacać miesięczny wkład członkowski w wysokości.....zł, począwszy od m-ca
3. Zgadzam się na potrącanie przez Zakład Pracy z mojego wynagrodzenia świadczeń na rzecz KZP zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy: wpisowego, miesięcznych wkładów członkowskich, rat zaciągniętych pożyczek.
4. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody wyrażonej w pkt.3, spowoduje skreślenie mnie z listy KZP.
5. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu zadłużenia, proszę wpłacić osobie uprawnionej:

.....
Imię i nazwisko osoby uprawnionej
.....
(nr pesel lub nr dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej)
.....
(adres do korespondencji osoby uprawnionej)
.....
(nr telefonu lub adres poczty elektronicznej osoby uprawnionej)

.....
(własnoręczny podpis)

Uchwałą Zarządu KZP z dnia przyjęto w poczet członków KZP z dniem
panią/pana

Zarząd KZP: 1.
2.
3.

**do Polityki Ochrony Danych Osobowych w KZP przy Stowarzyszeniu na Rzecz Osób
z Autyzmem**

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO
dla członka Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy
Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Autyzmem w Gorzowie Wielkopolskim**

Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. U. UE . L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016 r., dalej jako „RODO”, informujemy, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych (ADO) członka Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej (KZP) działającej przy Stowarzyszeniu Na Rzecz Osób z Autyzmem w Gorzowie Wielkopolskim przy ul. Armii Polskiej 31, 66-400 Gorzów Wielkopolski, tel. 95 722 60 97, jest Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa reprezentowana przez Zarząd KZP.
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, a także przysługujących Pani/Panu praw, może się Pani/Pan skontaktować z nami pod telefonem 95 722 60 97.
3. Dane osobowe przekazane w Deklaracji przystąpienia do KZP są dobrowolne, jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w KZP.
4. Dane osobowe członka KZP będą przetwarzane w celach realizacji zadań statutowych KZP, a podstawą prawną tego przetwarzania będzie:
 - a) wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na ADO (art. 6 ust. 1 lit. c) RODO);
 - b) realizacja umowy, której członek KZP może być stroną lub podjęcie działań na żądanie członka KZP przed jej zawarciem (art. 6 ust. 1 lit. b) RODO),
 - c) wyrażona przez członka KZP zgoda na przetwarzanie danych (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO
5. Dane osobowe członka KZP mogą być przekazywane podmiotom do tego uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom, z których usług KZP korzysta w trakcie swojej działalności.
6. Dane osobowe członka KZP nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych osobowych, w tym uzyskania kopii tych danych – na podstawie art. 15 RODO;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) danych osobowych – na podstawie art. 16 RODO;
 - c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym) – na podstawie art. 17 RODO, z wyjątkiem sytuacji, gdy przetwarzanie danych odbywa się w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub sytuacji, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy;
 - d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – na podstawie art. 18 RODO;
 - e) prawo do przenoszenia danych – na podstawie art. 20 RODO;
 - f) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie swoich danych w dowolnym momencie, w sytuacji, gdy dane członka KZP są przetwarzane na podstawie uzyskanej zgody, przy czym wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
 - g) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – na podstawie art. 21 RODO.

8. Dane osobowe członka KZP będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji zadań, do których zostały zebrane, a w przypadku materiałów archiwalnych, nie krócej niż przez czas wynikający z przepisów ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu przez Administratora Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. Dane osobowe członka KZP nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i nie będą profilowane.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej

.....
Data i podpis członka KZP

**do Polityki Ochrony Danych Osobowych w KZP przy Stowarzyszeniu na Rzecz Osób
z Autyzmem**

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

**dla osoby uprawnionej do zwrotu wkładu z Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej
przy Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Autyzmem w Gorzowie Wielkopolskim**

Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. U. UE . L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016 r., dalej jako „RODO”, informujemy, iż:

1. Administratorem Danych Osobowych (ADO) osoby uprawnionej do zwrotu wkładu Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej (KZP) działającej przy Stowarzyszeniu Na Rzecz Osób z Autyzmem w Gorzowie Wielkopolskim przy ul. Armii Polskiej 31, 66-400 Gorzów Wielkopolski, tel. 95 722 60 97, jest Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa reprezentowana przez Zarząd KZP.
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych a także przysługujących Pani/Panu praw, może się Pani/Pan skontaktować z nami pod telefonem 95 722 60 97.
3. Dane osobowe przekazane do KZP niezbędne są do spełnienia wymogów jakie musi spełniać osoba uprawniona do zwrotu wkładu.
4. Dane osobowe osoby uprawnionej do zwrotu wkładu KZP będą przetwarzane w celach realizacji zadań statutowych KZP, a podstawą prawną tego przetwarzania będzie:
 - a) wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na ADO (art. 6 ust. 1 lit. c) RODO);
 - b) realizacja umowy, której osoba uprawniona do zwrotu wkładu KZP może być stroną lub podjęcie działań na żądanie tej osoby, przed jej zawarciem (art. 6 ust. 1 lit. b) RODO);
 - c) wyrażona przez osobę uprawnioną do zwrotu wkładu KZP zgoda na przetwarzanie danych (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO);
 - d) oświadczenie osoby uprawnionej do zwrotu wkładu.
5. Dane osobowe osoby uprawnionej do zwrotu wkładu KZP mogą być przekazywane podmiotom do tego uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom, z których usług KZP korzysta w trakcie swojej działalności.
6. Dane osobowe osoby uprawnionej do zwrotu wkładu KZP nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych osobowych, w tym uzyskania kopii tych danych – na podstawie art. 15 RODO;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) danych osobowych – na podstawie art. 16 RODO;
 - c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym) – na podstawie art. 17 RODO, z wyjątkiem sytuacji, gdy przetwarzanie danych odbywa się w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub sytuacji, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy;

- d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – na podstawie art. 18 RODO;
 - e) prawo do przenoszenia danych – na podstawie art. 20 RODO;
 - f) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie swoich danych w dowolnym momencie, w sytuacji, gdy dane osoby uprawnionej do zwrotu wkładu KZP są przetwarzane na podstawie uzyskanej zgody, przy czym wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem;
 - g) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – na podstawie art. 21 RODO.
8. Dane osobowe osoby uprawnionej do zwrotu wkładu KZP będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji zadań, do których zostały zebrane, a w przypadku materiałów archiwalnych, nie krócej niż przez czas wynikający z przepisów ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu przez Administratora Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. Dane osobowe osoby uprawnionej do zwrotu wkładu KZP nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji i nie będą profilowane.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej

.....
Data i podpis osoby uprawnionej do zwrotu wkładu

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(adres pracownika)

***Ośrodek Rewalidacyjno-Edukacyjno-
Wychowawczy dla Dzieci
i Młodzieży z Autyzmem
ul. Walczaka 25
66-400 Gorzów Wlkp.***

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art. 91 Kodeksu pracy, wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę oraz ze świadczeń związanych z chorobą, macierzyńskim i rodzicielskim kwoty zł miesięcznie na wkłady do Kasy Zapomogowo Pożyczkowej począwszy od m-ca oraz jednorazowo 20,00 zł na wpisowe do Kasy Zapomogowo Pożyczkowej.

Jednocześnie, w przypadku wzięcia przeze mnie pożyczki z Kasy Zapomogowo Pożyczkowej, wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę oraz ze świadczeń związanych z chorobą, macierzyńskim i rodzicielskim rat spłat pożyczki zgodnie z wnioskiem oraz umową pożyczki.

.....
(podpis pracownika)

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(adres pracownika)

***Przedszkole Specjalne dla
Dzieci z Autyzmem
ul. Małszyńska 8,
66-400 Gorzów Wlkp.***

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art. 91 Kodeksu pracy, wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę oraz ze świadczeń związanych z chorobą, macierzyńskim i rodzicielskim kwoty zł miesięcznie na wkłady do Kasy Zapomogowo Pożyczkowej począwszy od m-ca oraz jednorazowo 20,00 zł na wpisowe do Kasy Zapomogowo Pożyczkowej.

Jednocześnie, w przypadku wzięcia przeze mnie pożyczki z Kasy Zapomogowo Pożyczkowej, wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia za pracę oraz ze świadczeń związanych z chorobą, macierzyńskim i rodzicielskim rat spłat pożyczki zgodnie z wnioskiem oraz umową pożyczki.

.....
(podpis pracownika)