**PROSZĘ UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,** wszystkie pozycje wniosku powinny być wypełnione!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejsce pracy**  |  | Nr ewidencyjny*(wypełnia MKZP)* |  |
| **Nazwisko** |  | **Imię** |  |
| **Miejscowość zamieszkania** |  | **Ulica i nr domu** |  |
| **Numer telefonu** |  | **e-mail**  |  |
| **Pesel** |  |  |  |

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO MKZP**

**Do Zarządu**

**Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie**

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie (zwaną dalej MKZP).

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego Statutu, który jest mi znany, uchwał Walnego Zebrania oraz postanowień władz MKZP.

2. Opłacę wpisowe określone Statutem.

3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości ............................ zł brutto.

4. Zgadzam się na potrącanie przez Zakład Pracy z mojego wynagrodzenia zadeklarowanych wkładów członkowskich oraz spłat udzielanych mi pożyczek i upoważniam Zarząd MKZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w moim Zakładzie Pracy, tj. przekazywania ich na rachunek bankowy MKZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkowstwa.

5. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP.

6. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd MKZP o każdej zmianie miejsca zatrudnienia, miejsca zamieszkania oraz danych kontaktowych.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko** |  | **Imię** |  |
| **Miejscowość zamieszkania** |  | **Ulica i nr domu** |  |
| **Pesel** |  |  |  |

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

(miejscowość) (własnoręczny podpis )

**WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

 **- przez Członka MKZP**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez MKZP działającą przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie w zakresie informacji zawartych w deklaracji przystąpienia do MKZP: imienia (imiona) i nazwiska, numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało, adres do korespondencji oraz numer telefonu, adres poczty elektronicznej i wniosku o pożyczkę oraz danych dotyczących wysokości potrąceń i numeru konta bankowego, 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 MKZP przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie. Moje dane osobowe będą przetwarzane* ***w związku z moim członkostwem w MKZP****.*

*Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z MKZP w szczególności: pracodawcy, urzędowi pocztowemu, bankowi, kancelarii prawnej, dostawcy systemów informatycznych.*

*Jestem świadoma(y), 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 MKZP.*

*Wyrażam również zgodę na przesyłanie korespondencji mailowej i telefonicznej zgodnie z Ustawą z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344 z późn. zm.).*

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

(miejscowość) (czytelny podpis wnioskodawcy)

**WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**- przez osobę uprawnioną do odbioru wkładu w razie śmierci członka MKZP**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imię, nazwisko, adres do korespondencji, numer PESEL, numer telefonu lub adres poczty elektronicznej przez Międzyzakładową Kasę Zapomogowo-Pożyczkową działającą przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie, 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).*

*Moje dane osobowe będą przetwarzane w zakresie informacji związanych z dochodzeniem praw i roszczeń w związku ze wskazaniem mnie, przez członka MKZP, jako* ***osoby uprawnionej do otrzymania wkładu członkowskiego w razie jego śmierci****.*

*Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z MKZP 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 MKZP.*

*Wyrażam również zgodę na przesyłanie korespondencji mailowej i telefonicznej zgodnie z Ustawą z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2020 r. poz. 344 z późn. zm.).*

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

(miejscowość) (czytelny podpis osoby uprawnionej)

|  |
| --- |
| **Klauzula informacyjna dla członków****Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej****przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie**Zgodnie z art.13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych) –zwanego dalej RODO, informujemy, że:1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie,** dalej zwana MKZP, reprezentowana przez Zarząd z siedzibą w Gryfinie (74-100) przy ul. 1 Maja 16.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celach:
3. przyjęcia w poczet członków MKZP na podstawie Pani/Pana zgody (zgodnie z art.6 ust.1 lit. a RODO);
4. udzielenia pożyczki z MKZP na podstawie wniosku (zgodnie z art. 6 ust.1 lit. b RODO)
5. przyznania zapomogi z MKZP na podstawie Pani/Pana wniosku (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 9 ust.2 lit. a RODO).
6. W każdej chwili przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie będzie możliwe uzyskanie członkostwa w MKZP, a tym samym uzyskanie pożyczki lub zapomogi z MKZP.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres członkostwa w MKZP, a w przypadku udzielenia pożyczki do czasu całkowitego rozliczenia się z MKZP. Po tym czasie Pani/Pana dane będą przetwarzane przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w tym przepisy archiwalne.
9. Pani/Pana dane będą przetwarzane jedynie przez Zarząd MKZP oraz Komisję Rewizyjną, a w wypadku pracowników jednostek wymienionych w załączniku Statutu MKZP również przez właściwego pracodawcę oraz będą udostępniane organom i osobom uprawnionym na mocy przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
10. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora:
11. **dostępu do danych** osobowych Pani/Pana dotyczących;
12. **sprostowania danych** Pani/Pana dotyczących (sprostowanie należy rozumieć jako poprawienie nieprawidłowych danych, uzupełnienie niekompletnych danych, przedstawienie dodatkowych informacji, przy czym uzupełnienie danych nie może obejmować danych, które byłyby nadmierne. Przedmiotem uzupełnienia nie mogą być dane, które są nieprawidłowe);
13. **usunięcia danych** Pani/Pana dotyczących (jeżeli zachodzi jedna z okoliczności, o których mowa w art. 17 ust.1 lit. a, b, d i e RODO);
14. **ograniczenia przetwarzania danych** Pani/Pana dotyczących (w przypadkach określonych w art. 18 ust. 1 lit. a, b, i c RODO).
15. Z praw wskazanych w punkcie 7 może Pani/Pan skorzystać składając wniosek osobiście lub przesyłając na adres: Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo- Pożyczkowa przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie, z siedzibą w Gryfinie (74-100), przy ul. 1 Maja 16.
16. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.
17. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani nie będą profilowane.
18. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
 |

Załącznik 1

**Katalog danych osobowych i okresy ich przechowywania przez MKZP przy UMiG w Gryfinie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj danych osobowych** | **Okres przechowywania** |
| **Dane członka MKZP:**imię (imiona) i nazwisko; numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; adres do korespondencji oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej; w przypadku udzielenia pożyczek przy udziale poręczycieli – dane o otrzymywanym wynagrodzeniu lub zasiłku; dane o stanie zdrowia; stan cywilny oraz ustrój majątkowy. | Od dnia udzielenia zgody na przetwarzanie danych do upływu **10 lat od dnia ustania członkostwa** |
| **Dane osoby uprawnionej:** imię (imiona) i nazwisko; nr PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało; adres do korespondencji oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej. | Od dnia udzielenia zgody na przetwarzanie danych do upływu **5 lat od dnia wypłaty wkładu członkowskiego** |
| **Dane poręczyciela:** imię (imiona) i nazwisko; nr PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; adres do korespondencji oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej; stan cywilny oraz ustrój majątkowy | Od dnia udzielenia zgody na przetwarzanie danych do upływu **5 lat od dnia spłaty poręczanej pożyczki** |

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

(miejscowość) (własnoręczny podpis )

**Uchwałą Zarządu MKZP z dnia …………………………………..r. przyjęty(a) w poczet członków MKZP z dniem ………………………………………………….r.**

………………………………………………………………………………………………………………………………

podpisy członków Zarządu MKZP

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Pracodawcy** |  | **Adres Pracodawcy** |  |
| **Nazwisko** |  | **Imię** |  |
| **Miejscowość zamieszkania** |  | **Ulica i nr domu** |  |
| **Numer telefonu** |  | **e-mail**  |  |
| **Pesel** |  |  |

**ZGODA PRACOWNIKA NA DOKONYWANIE POTRĄCEŃ PRZEZ PRACODAWCĘ Z TYTUŁU WKŁADÓW CZŁONKOWSKICH NA RZECZ MKZP przy UMiG w GRYFINIE**

Niniejszym wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie, z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszelkich innych świadczeń przysługujących od pracodawcy, należności z tytułu zadeklarowanych wkładów członkowskich w wysokości ……………………………… zł, (słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………………….….., począwszy od miesiąca ……………………….. 20…… roku, na rzecz Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Urzędzie Miasta i Gminy w Gryfinie, zwanej dalej MZKP.

Jednocześnie wyrażam zgodę na dokonywanie potrącenia opłaty rocznej w kwocie określonej w Statucie MKZP z przeznaczeniem na Fundusz Obsługi Kasy, do 31 stycznia każdego roku.

Zgoda obowiązuje w okresie członkostwa w MKZP. W przypadku jakichkolwiek zmian, zobowiązuję się do niezwłocznego zaktualizowania niniejszej zgody.

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

(miejscowość) (własnoręczny podpis Członka MKZP)