

.....
NAZWISKO I IMIĘ

DEKLARACJA

.....
NR PESEL

PRZYSTĄPIENIA DO KZP

.....
ADRES DO KORESPONDENCJI

..... /
MIEJSCE ZATRUDNIENIA - JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA

TEL. KONTAKTOWY / E-MAIL

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Miejskim Domu Pomocy Społecznej w Rybniku.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę przestrzegać obowiązującego Statutu KZP przy MDPS w Rybniku, który jest mi znany oraz postanowień organów KZP.
2. Opłacę wpisowe określone Statutem w wysokości 15 zł brutto oraz deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości zł brutto.
3. Zgadzam się na potrącanie przez Zakład Pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, zasiłku wychowawczego oraz wszystkich innych należności przysługujących mi od pracodawcy, zadeklarowanych wkładów oraz spłat udzielanych mi pożyczek i upoważniam Zarząd KZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
4. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody, na potrącenie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków KZP.
5. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd KZP o każdej zmianie dotyczącej moich danych osobowych.
6. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić:

..... /
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPRAWNIONEJ

NR PESEL

..... /
ADRES DO KORESPONDENCJI

NR TELEFONU/ E-MAIL

Rybnik, dnia r.

.....
PODPIS WNIOSKODAWCY

Zarząd KZP z dniem r. przyjął w/w osobę w poczet członków KZP przy MDPS w Rybniku.

.....
PIECZĘĆ KZP

.....
PODPISY CZŁONKÓW ZARZĄDU KZP