

Oświadczenie osoby uprawnionej

Imię (imiona) i nazwisko:

PESEL*:

**W przypadku braku numeru PESEL:*

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

Nazwa państwa, które wydało dokument:.....

Adres do korespondencji:

Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej:

Potwierdzam poprawność podanych powyżej danych osobowych oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych w celach związanych z wypłatą wkładu członkowskiego w razie śmierci będącej/będziego członkiem KZP.

Data:

Podpis (czytelny)

1. Klauzula informacyjna dla osoby uprawnionej przez członka KZP
 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Kasa Zapomogowo Pożyczkowa przy Miejskim Domu Pomocy Społecznej w Rybniku
 2. Pani/Pana dane są przetwarzane w celach związanych z uprawnieniem do wypłaty wkładu członkowskiego w razie śmierci członka KZP, który uprawniał Panią do otrzymania tych środków, na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody*. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie, co jest równoważne z konieczności wskazania przez członka KZP innej osoby uprawnionej do otrzymania wypłaty jego wkładu członkowskiego na wypadek śmierci. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych nie wpływa na zgodność z przepisami przetwarzania realizowanego przez KZP przed wycofaniem zgody.
 3. Podanie przez Pana/Panią danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji wskazanych celów przetwarzania.
 4. Pana/ Pani dane mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa. Ponadto będą udostępniane pracodawcy, w związku z zapewnianiem obsługi administracyjnej KZP.
 5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres członkostwa w KZP osoby, która uprawniała Panią do otrzymania wkładu na wypadek jej śmierci, a w przypadku wypłaty tego wkładu przez 5 kolejnych lat, po roku w którym doszło do wypłaty.
 6. W zakresie przewidzianym przepisami prawa przysługuje Panu/Pani prawo do żądania dostępu do Pana/ Pani danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do żądania przenoszenia danych.
 7. W sprawach dotyczących danych osobowych może Pan/Pani skontaktować się z Inspektorem pod adresem: iod@mdps.rybnik.pl

*Zgoda jest wymagana art. 43 ustawy z dnia 11 sierpnia 2021 r. o kasach zapomogowo-pożyczkowych (Dz. U. poz. 1666).