ZAŁĄCZNIK NR 1

……………………………………………………

Identyfikator / jednostka Brutto; ……………………………

………………………………………………….... 1% f. wł. ……………

Nazwisko, imię oraz nr pesel

 4% …………………….

……………………………………………………..

Ulica i nr domu

 ……………………………………………………..

Miejscowość, kod pocztowy

………………………………………………….

Telefon prywatny

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO KZP**

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy KWP w Gdańsku.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegał przepisów KZP, które są mi znane, uchwał walnego zgromadzenia oraz decyzji organów KZP.
2. Wpłacę jednorazowo wpisowe określone przepisami w wysokości 1% od uposażenia brutto
3. Wpłacę miesięczny wkład członkowski w wysokości 4% od uposażenia brutto
4. Zgadzam się na potrącenie przez zakład pracy z mojego wynagrodzenia zdeklarowanych wkładów oraz spłat udzielonych mi pożyczek i upoważniam Zarząd KZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
5. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody na potrącenie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków KZP.
6. W razie utraty członkostwa zgadzam się na potrącanie mi z uposażenia, odprawy lub innych należności całej niespłaconej pożyczki.
7. W razie mojej śmierci zgromadzone wkłady członkowskie (po potrąceniu ewentualnego zadłużenia) należy wypłacić:

 Nazwisko i imię ……………………………………………………………………………………….. NR PESEL……………………………………..

Adres do korespondencji ………………………………………………………………………….………………………................................

Nr telefonu …………………………………………………adres poczty elektronicznej…………………………………………………………..

 ................................................

……………………………….. czytelny podpis

 /dnia/

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

Uchwałą Zarządu KZP z dnia …………………………………………… przyjęto w poczet członków KZP z dniem …………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 /podpisy członków Zarządu KZP/

 ZAŁĄCZNIK nr 6

 **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Oświadczam , iż zostałam/em poinformowana/y o tym że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w ramach umożliwienia korzystania z Kasy Zapomogowo Pożyczkowej przy KWP w Gdańsku, jest Komendant Wojewódzki Policji w Gdańsku z siedzibą w Gdańsku REGON 523461555, ul. Okopowa 15, 80-819 Gdańsk.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych jest możliwy pod adresem:

- Komenda Wojewódzka Policji w Gdańsku, ul. Okopowa 15, 80-819 Gdańsk

- e-mail: iod.kwp@policja.gov.pl

1. Dane osobowe (oraz dane do kontaktu jeśli zostaną podane) będą przetwarzane w celu umożliwienia korzystania z Kasy Zapomogowo Pożyczkowej przy KWP w Gdańsku, na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
2. Osoby, której dotyczą dane przysługuje prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
3. Odbiorcą danych może być podmiot upoważniony na podstawie przepisów prawa.
4. Dane zgromadzone w procesie ewidencji osób korzystających z Kasy Zapomogowo Pożyczkowej przy KWP w Gdańsku będą przechowywane przez KZP zgodnie z Ustawą z dnia 11.08.2021r. art.43 ust. 5.
5. Osoby, której dotyczą dane przysługuje prawo dostępu do swoich danych osobowych, żądania ich sprostowania lub usunięcia. Wniesienie żądania usunięcia danych jest równoznaczne z rezygnacją z korzystania z Kasy Zapomogowo Pożyczkowej przy KWP w Gdańsku. Ponadto przysługuje jej prawo do żądania ograniczenia przetwarzania w przypadkach określonych w art. 18 RODO.
6. Osoby, której dotyczą dane przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie jej danych osobowych. Organ ten będzie właściwy do rozpatrzenia skargi z tym, że prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
7. Podanie danych osobowych umożliwiających korzystanie z Kasy Zapomogowo Pożyczkowej przy KWP w Gdańsku nie jest obowiązkowe, jednak jest warunkiem umożliwiającym korzystanie z Kasy Zapomogowo Pożyczkowej przy Komendzie Wojewódzkiej Policji w Gdańsku.

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

czytelny podpis osoby wnioskującej czytelny podpis osoby upoważnionej

**WYRAŻENIE ZGODY**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a orazart. 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 KZP. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w KZP. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z KZP takim jak np.: poczta, bank, kancelarie prawne, dostawcy systemów informatycznych. 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 RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w KZP.

Wyrażam również zgodę na wysyłanie korespondencji mailowej, zgodnie z Ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2002 Nr 144 poz. 1204, tekst jednolity: Dz. U. 2013 poz. 1422).

…………………………………………………….…. ……………………………………………………..

czytelny podpis osoby wnioskującej czytelny podpis osoby upoważnionej