***UWAGA: DRUK WYPEŁNIAMY CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI***

 Nr ewidencyjny..........................................

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

Nazwisko i imię

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

Placówka Telefon kontaktowy

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

Data urodzenia **Deklaracja**

 **przystąpienia do**

............................................................... **Koleżeńskiej Kasy Pośmiertnej**

Adres zamieszkania  **w MKZP**

-------- ------------ ------------ ------------ ------------ ------------ ------------

Nr rachunku bankowego

**Rodzaj stanowiska pracy : administracja / obsługa / pedagog \***

 Proszę o przyjęcie mnie do Koleżeńskiej Kasy Pośmiertnej w MKZP Pracowników Oświaty Miasta Ruda Śląska.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie z wynagrodzenia składki rocznej w wysokości …...............
Zobowiązuję się również osobiście zawiadomić Zarząd Kasy o zgonie członka rodziny, w celu wypłaty przysługującego w związku z tym świadczenia, **w terminie do 6 m-cy od daty zgonu.**

W razie mojej śmierci należne świadczenie należy wypłacić:

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

 (Nazwisko i imię,)

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

 (adres zamieszkania)

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

 (Ruda Śląska, dnia) Podpis

* Niepotrzebne skreślić

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych udzielonych KKP w Międzyzakładowej Kasie Zapomogowo - Pożyczkowej, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz.1000 z późniejszymi zmianami).*

 *............................................................*

 *( Podpis wnioskodawcy )*

 .