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

 ***Nr ewidencyjny...............................***

**AKTUALIZACJA**

 **DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA DO KOLEŻEŃSKIEJ KASY POŚMIERTNEJ W MKZP**

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

 Nazwisko i imię (telefon kontaktowy)

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

 Placówka Data urodzenia

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

 Adres zamieszkania

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

 Jestem członkiem Koleżeńskiej Kasy Pośmiertnej przy Międzyzakładowej Kasie Zapomogowo - Pożyczkowej Pracowników Oświaty Miasta Ruda Śląska i zgłaszam zmianę danych dotyczących:

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

(czego dotyczy np-.: zmiana nazwiska, adresu, placówki, nr konta, .)

 ***W przypadku zmiany nazwiska i/lub placówki podać poprzednie dane i nowe***

 Z ..................................................................................................................................................................

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

 Na ..................................................................................................................................................................

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

**..............................................................................................................................................................................**  **Zmiana uposażonego**

**W razie mojej śmierci przysługujące świadczenie z KKP proszę wypłacić:**

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

 (Nazwisko i imię adres zamieszkania)

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

 (Ruda Śląska, dnia) Podpis

* Niepotrzebne skreślić

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

 *Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych udzielonych KKP przy 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)*