***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)*