**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PKZP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| imię i nazwisko |  | PESEL | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |
| numer telefonu |  | e-mail | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |
| miejsce zamieszkania |  | adnotacje o zmianie miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |
| adnotacje o zmianie miejsca zamieszkania |  | adnotacje o zmianie miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | |

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Pracowniczej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej Grupy PZU z siedzibą

w Warszawie

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Jestem zatrudniony na umowę o pracę na czas nieokreślony od dnia ………………………………………. r.
2. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania członków (delegatów) oraz postanowień organów PKZP.
3. Opłacę wpisowe określone Statutem w wysokości – 30 zł
4. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości …………zł (minimum 30 zł)
5. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku macierzyńskiego oraz wszystkich innych należności przysługujących mi od każdego pracodawcy Grupy PZU, wpisowego i zadeklarowanych wkładów miesięcznych.
6. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego świadczenia rehabilitacyjnego i zasiłku macierzyńskiego oraz wszystkich innych należności przysługujących mi od każdego pracodawcy Grupy PZU, rat pożyczek udzielonych mi przez PKZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
7. Przyjmuję do wiadomości, że wycofanie przeze mnie zgody, na potrącenie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków PKZP.
8. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd PKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
9. W razie mojej śmierci wypłacone przeze mnie wkłady członkowskie po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić:

Panu/Pani: zam. w ul. nr

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach PKZP dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zadań PKZP zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926, ze zm.).

………………………….., dnia ....................... r.

**……………………...............................................**

**Nr konta bankowego PKZP 34 1050 1504 1000 0090 3082 5658** własnoręczny podpis

Uchwałą Zarządu PKZP z dnia ………………..…….20......r. przyjęto w poczet członków PKZP, z dniem ………………..…….20......r.

/Pieczęć PKZP/

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

Członek Zarządu PKZP Członek Zarządu PKZP Przewodniczący Zarządu PKZP