

.....
Nazwisko i Imię członka

.....
Miejsce zamieszkania

.....
Miejsce pracy

.....
Telefon / email

WNIOSEK O ZMIANĘ/AKTUALIZACJĘ DANYCH OSOBOWYCH OSOBY UPRAWNIONEJ

Zwracam się prośbą o zmianę / aktualizację* danych osobowych osoby uprawnionej do otrzymania wkładu członkowskiego w razie mojej śmierci na poniższe:

Imię i Nazwisko:.....

Adres:.....

Pesel:.....

Nr telefonu:.....

e-mali:.....

Imię i Nazwisko:.....

Adres:.....

Pesel:.....

Nr telefonu:.....

e-mali:.....

.....
(dnia)

.....
(własnoręczny podpis)

*niepotrzebne skreślić

.....
(data i miejsce wyrażenia zgody)

.....
(imię i nazwisko oraz adres osoby upoważnionej)

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj.

- 1) imię (imiona) i nazwisko,
 - 2) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL - nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało,
 - 3) adres do korespondencji oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej,
- przez Kasę Zapomogowo-Pożyczkową przy Bydgoskim Biurze Finansów Oświaty, zwaną dalej KZP, która jest administratorem danych osobowych w celu otrzymania:

- 1) całego wkładu członkowskiego,
- 2) udziału we wkładzie członkowskim w wysokości w razie śmierci będącego członkiem KZP, zgodnie z postanowieniami Statutu KZP oraz przepisami ustawy z 11 sierpnia 2021 r. o kasach zapomogowo - pożyczkowych (Dz.U. z 2021 r. poz.1666).

.....
podpis