

**DANE OSOBOWE OSOBY UPRAWNIONEJ
DO ODBIORU WKŁADU W RAZIE ŚMIERCI CZŁONKA MKZP**

Imię i nazwisko:			
PESEL			
Adres do korespondencji			
Numer telefonu			
Data:		Podpis osoby uprawnionej:	

.....
...

WYRAŻENIE ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a oraz art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO). Jestem świadomy, iż Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej przy Szkole Podstawowej nr 3 w Złotowie, ul. Królowej Jadwigi 54, 77-400 Złotów. Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu i zakresie niezbędnym do otrzymania wkładu członkowskiego jako osoba uprawniona do tego przez członka MPKZP w przypadku jego śmierci. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu. Mam prawo do wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych, gdy uznaję, iż przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do dochodzenia praw i roszczeń z tytułu otrzymanego upoważnienia.

Wyrażam również zgodę na wysyłanie korespondencji mailowej, zgodnie z Ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2002 Nr 144 poz. 1204, tekst jednolity: Dz. U. 2013 poz. 1422).

.....
(Dnia)

.....
(Własnoręczny podpis osoby upoważnionej)