

MKZP PRZY MDK W JAŚLE
DEKLARACJA AKTUALIZACYJNA

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____ PESEL _____

Miejsce zamieszkania _____

Telefon _____ email _____

Nazwa i siedziba zakładu pracy _____

Zmiana hasła telefonicznego (opcjonalnie) _____

W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia, należy wypłacić Panu(i) _____
_____ PESEL _____
tel. _____ zam. _____

Jako osoba uposażona wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit f) RODO, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora.

Jednocześnie zobowiązuję się do spłaty ewentualnego zadłużenia przewyższającego wkład.

(data)

(czytelny podpis osoby uposażonej)

(data)

(czytelny podpis członka kasy)