Załącznik nr 3B do DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA DO KASY ZAPOMOGOWO-POŻYCZKOWEJ przy KMP w Suwałkach.

Dotyczy członka KZP przy KMP w Suwałkach…………………………………………………

imię i nazwisko członka

**OŚWIADCZENIE OSOBY UPRAWNIONEJ**

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………..

PESEL\*:**………………………………..**

*\* w przypadku braku nr PESEL*

*Nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość: ………………………………………………………*

*Nazwa państwa, które wydało dokument: ………………………………………………………………………...*

Adres do korespondencji…………………………………………………………………………………………….

Numer telefonu…**………………………………………………………………………………………………………………..**

Potwierdzam poprawność podanych danych osobowych oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych w celach związanych z wypłatą wkładu członkowskiego w razie śmierci……………………………………………. ...będącej/będącego członkiem tutejszej KZP.

Data …………………………………….. Podpis czytelny ………………………………………………..

**Klauzula informacyjna dla osoby uprawnionej przez członka KZP.**

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 ust 1 i ust 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W E(ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuję, że:

1.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Kasa Zapomogowo - Pożyczkowa przy KMP w Suwałkach z siedzibą przy ul. Pułaskiego 26, 16–400 Suwałki, e-mail: elzbieta.taraszkiewicz@suwalki.bk.policja.gov.pl

2. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celach związanych z uprawnieniem do wypłaty wkładu członkowskiego w razie śmierci członka KZP, który uprawnił Panią/Pana do otrzymania tych środków, na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody.•.Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie, co jest równoważne z koniecznością wskazania przez członka KZP innej osoby uprawnionej do otrzymania wypłaty jego wkładu członkowskiego na wypadek śmierci. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych nie wpływa na zgodność z przepisami przetwarzania realizowanego przez KZP przed wycofaniem zgody.

3. Podanie przez Pana/Panią danych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji wskazanych celów przetwarzania.

4. Pana/Pani dane mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.

5. Posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, przenoszenia, a także w przypadkach przewidzianych prawem do ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

6. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli w Pani/Pana ocenie przetwarzanie narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres członkostwa w KZP osoby, która uprawniała Panią/Pana do otrzymania wkładu na wypadek jej śmierci, a w przypadku wypłaty tego wkładu przez 5 kolejnych lat po roku, w którym doszło do wypłaty.

Oświadczam, że zapaznałam/zapoznałem się z powyższą informacją i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez KZP przy KMP w Suwałkach

Czytelny podpis………………………………………………………….

• Zgoda jest wymagana art.43 Ustawy z dnia 11 sierpnia 2021r. o kasach zapomogowo-pożyczkowych ( Dz. U. z 2021 r. poz.1666)