

**Deklaracja zgody osoby uprawnionej do otrzymania wkładu
członkowskiego w razie śmierci członka MKZP**

Dane osobowe osoby uprawnionej

Imię (imiona) i nazwisko:

PESEL*:

**W przypadku braku numeru PESEL:*

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:
.....

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

Adres do korespondencji:

.....

Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej:

.....

.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez MKZP moich danych osobowych w celu związanym z odbiorem wkładu członkowskiego członka MKZP na wypadek jego śmierci, w zakresie i według zasad określonych w Statucie MKZP.

Data:

Podpis:

**Deklaracja zgody osoby uprawnionej do otrzymania wkładu
członkowskiego w razie śmierci członka MKZP**

Dane osobowe osoby uprawnionej

Imię (imiona) i nazwisko:

PESEL*:

**W przypadku braku numeru PESEL:*

Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:
.....

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

Adres do korespondencji:

.....

Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej:

.....

.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez MKZP moich danych osobowych w celu związanym z odbiorem wkładu członkowskiego członka MKZP na wypadek jego śmierci, w zakresie i według zasad określonych w Statucie MKZP.

Data:

Podpis: