

.....

Miejscowość, data.....

imię i nazwisko / ID placowy

.....

kod pocztowy, miejscowość

.....

ulica, nr domu / mieszkania

Zaznacz zakład pracy, w którym jesteś aktualnie zatrudniony:

☐

Delpharm Poznań S.A.

☐

GSK Consumer Healthcare Sp. z o.o.

☐

GSK Commercial Sp. z o.o.

☐

GSK PSC Sp. z o.o.

☐

GSK Services Sp. z o.o.

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
do Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej
dla spółki Delpharm Poznań S.A. i spółek Grupy GlaxoSmithKline (MKZP)**

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej dla spółki Delpharm Poznań S.A. i spółek Grupy GlaxoSmithKline z siedzibą w Poznaniu 60-322, ul. Grunwaldzka 189 (zwaną dalej MKZP).

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania członków (delegatów) oraz postanowień organów MKZP.
2. Opłacę wpisowe określone statutem – 20 zł.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości..... zł.
4. Moje konto bankowe do rozliczeń MKZP
.....
5. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego wpisowego oraz zadeklarowanych wkładów miesięcznych.
6. Zgadzam się na potrącanie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, zasiłku wychowawczego oraz z wszystkich innych należności przysługujących mi od każdego pracodawcy, rat pożyczek udzielonych mi przez MKZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
7. Przyjmuję do wiadomości, że wycofane przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków MKZP.
8. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd MKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.

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 MKZP. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w MKZP. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z MKZP takim jak np.: poczta, bank, kancelarie prawne, dostawcy systemów informatycznych. 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 uzyskania członkostwa w MKZP. 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)

DECYZJA ZARZĄDU KASY

Przyjęto w poczet członków dnia.....

.....

data i podpisy członków Zarządu