.............................................................

*miejscowość i data*

*.................................................................................*

*imię i nazwisko*

*..................................................................................*

*...................................................................................*

*adres zamieszkania*

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby, która przystępuje do mkzp
pracowników oświaty w zabrzu**

1. Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Międzyzakładową Kasę Zapomogowo-Pożyczkową Pracowników Oświaty w Zabrzu w celu udzielania pomocy materialnej w formie pożyczek oraz zapomóg – w miarę posiadanych środków – na zasadach określonych w Statucie i Regulaminie Wewnętrznym.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

 ………………………………… *Podpis Członka MKZP*

*\*Niepotrzebne skreślić*