

Oświadczenie osoby uprawnionej

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym niżej zakresie:

- 1) imię (imiona) i nazwisko,
- 2) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL - nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało,
- 3) adres do korespondencji oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej,

przez administratora danych:

KZP przy WSN w Lublińcu

ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec

w celu realizacji zadań ustawowych związanych z realizacją dyspozycji członka kasy na wypadek jego śmierci.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej, która stanowi załącznik nr 7 do Statutu.

.....
Data, miejsce

.....
czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

Jeżeli zgoda wyrażana jest elektronicznie, system informatyczny powinien przechowywać informacje na temat wyrażenia zgody.