

Białystok, dnia

.....
Identyfikator

.....
Imię i nazwisko

.....
(Miejsce pracy, wydział)

**ZARZĄD KZP
przy KWP W Białymstoku**

Wniosek

Zwracam się z prośbą o zwiększenie/zmniejszenie* miesięcznej składki |
na wkłady KZP do kwoty począwszy od miesiąca

.....
Czytelny podpis

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Kasę Zpomogowo-Pożyczkową przy KWP w Białymstoku, danych osobowych w celu realizacji zadań ustawowych, związanych z członkostwem w KZP przy KWP w Białymstoku (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) art.6 ust.1 lit. a w związku z art.7 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
Data

.....
czytelny podpis

*niepotrzebne skreślić