

## Oświadczenie osoby uprawnionej

Imię (imiona) i nazwisko: .....

Data urodzenia .....

Adres do korespondencji: .....

Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej: .....

Potwierdzam poprawność podanych powyżej danych osobowych oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych w celach związanych z wypłatą wkładu członkowskiego w razie śmierci ..... będącej/będącego członkiem KZP.

.....  
(Dnia)

.....  
(Własnoręczny czytelny podpis)

---

## WYRAŻENIE ZGODY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej „RODO” lub ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych), **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a**

Jestem świadomy, iż Administratorem moich danych osobowych jest KZP. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w KZP. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z KZP 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 KZP.

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. 2020 poz. 344 z późn. zm.).

.....  
(Dnia)

.....  
(Własnoręczny czytelny podpis)