

.....  
(imię i nazwisko członka)

....., dnia .....

.....  
(adres)

.....  
(telefon)

**Do Kasy Zapomogowo Pożyczkowej  
przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie  
Opieki Zdrowotnej - Zakładzie Leczenia  
Uzależnień  
w Charcicach**

**Wniosek o udzielenie pożyczki**

Proszę o udzielenie mi pożyczki w kwocie ..... zł (słownie .....), gotówką/przelewem\* na konto nr....., którą zobowiązuję się spłacić w ..... miesięcznych ratach przez potrącanie z wynagrodzenia, zasiłku chorobowego wypłaconego przez Zakład Pracy, począwszy od miesiąca kolejnego po udzieleniu pożyczki.

W przypadku skreślenia mnie z listy członków KZP wyrażam zgodę na pokrycie z moich wkładów i przypadającego mi wynagrodzenia za pracę oraz z zasiłku chorobowego całego zadłużenia wykazanego księgami Kasy oraz upoważniam Kasę do bezpośredniego podjęcia u każdego mojego pracodawcy kwoty równej temu zadłużeniu.

Proponuję jako poręczycieli:

1. .... zam. .... tel .....

2. .... zam. .... tel .....

.....  
(własnoręczny czytelny podpis wnioskodawcy)

**Oświadczenie poręczycieli:**

1. W razie nieuregulowania we właściwym terminie pożyczki zaciągniętej przez w/w wnioskodawcę, jako solidarnie współzobowiązani wyrażamy zgodę na pokrycie należnej KZP kwoty z przysługującego nam od pracodawcy wynagrodzenia lub zasiłku i upoważniamy KZP do bezpośredniego podjęcia w takim przypadku, u każdego naszego pracodawcy kwoty, równej temu zadłużeniu.
2. W przypadku pozostawania z wnioskodawcą w związku małżeńskim oświadczam, że posiadamy rozdzielność majątkową.
3. 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, b, c, f**

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.).

.....  
(Własnoręczny czytelny podpis poręczyciela – 1)

.....  
(Własnoręczny czytelny podpis poręczyciela – 2)

