

Nr ewidencyjny.....
(wypełnia MPKZP)

Deklaracja przystąpienia do MPKZP

IMIĘ I NAZWISKO JAN KOWALSKI

ADRES ZAMIESZKANIA UL. BŁAWATKOWA 8/2, 41-800 ZABRZE
(ULICA, KOD, MIEJSCOWOŚĆ)

PESEL 0000000000

.....
Pieczętka szkoły

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Międzyzakładowej Pracowniczej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej Pracowników Oświaty w Zabrzu.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego regulaminu, który jest mi znany, uchwał Walnego Zebrania oraz postanowień władz MPKZP.
2. Opłacę wpisowe określone regulaminem wewnętrznym.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości 30 zł (co najmniej 30 zł).
4. Zgadzam się na potrącanie przez Zakład Pracy z mojego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i macierzyńskiego zadeklarowanych wkładów oraz spłat udzielanych mi pożyczek, upoważniam Zarząd MPKZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
5. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd MPKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania, numeru telefonu, zajmowanego stanowiska, miejsca pracy .
5. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić osobie przeze mnie upoważnionej.

ZABRZE, dnia 01.06.2021 r.

.....
podpis

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSOBY, KTÓREJ TE DANE DOTYCZĄ

1. Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Międzyzakładową Pracowniczą Kasę Zapomogowo-Pożyczkową Pracowników Oświaty w Zabrze w celu udzielania pomocy materialnej w formie pożyczek oraz zapomóg – w miarę posiadanych środków – na zasadach określonych w Statucie.
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.
4. Dane osobowe:

a. Członek MPKZP

Placówka oświatowa: SP-19
Telefon: 000-000-000
Stanowisko: Pedagog / Obsługa*
Nr konta bankowego do wypłaty pożyczek (podawany na wniosku o pożyczkę)

b. Osoba upoważniona do odbioru wkładów na wypadek śmierci członka MPKZP

Imię i nazwisko: JANINA KOWALSKA
PESEL: 00000000000
Adres zamieszkania: UL. BŁAWATKOWA 8/2, 41-800 ZABRZE
Telefon: 000-000-000

.....
Podpis Członka MPKZP

Uchwałą Zarządu MPKZP z dnia..... r. został(a) Pan/Pani przyjęty(a) w poczet członków

MPKZP z dniem r.

.....
Skarbnik

.....
Sekretarz

.....
Przewodniczący

.....
Pieczęć MPKZP

ZABRZE, 01.06.2021 r.
miejsowość i data

JAN KOWALSKI

imię i nazwisko
UL. BŁAWATKOWA 8/2

41-800 ZABRZE

adres zamieszkania

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH OSOBY, KTÓREJ TE DANE DOTYCZĄ

1. Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Międzyzakładową Pracowniczą 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.

4. Dane osobowe:

a. Członek MPKZP

Placówka oświatowa: SZKOŁA PODSTAWOWA NR 19
Imię i Nazwisko: JAN KOWALSKI
PESEL: 00000000000
Adres zamieszkania: UL. BŁAWATKOWA 8/2, 41-800 ZABRZE
Telefon: 000-000-000
Stanowisko: Pedagog / Obsługa*

Nr konta bankowego do wypłaty pożyczek (podawany na wniosku o pożyczkę)

b. Osoba upoważniona do odbioru wkładów na wypadek śmierci członka MPKZP

Imię i nazwisko: JANINA KOWALSKA
PESEL: 00000000000
Adres zamieszkania: UL. BŁAWATKOWA 8/2, 41-800 ZABRZE
Telefon: 000-000-000

.....
Podpis Członka MPKZP

JAN KOWALSKI
NAZWISKO I IMIĘ CZŁONKA MPKZP

OBSŁUGA
WPISAĆ – ADMINISTRACJA,
OBSŁUGA, NAUCZYCIEL, PRACOWNIK WO

SP-19
PLACÓWKA

UL. BŁAWATKOWA 8/2, 41-800 ZABRZE
ADRES ZAMIESZKANIA (ULICA, KOD, MIEJSCOWOŚĆ)

000-000-000
NR TELEFONU

00 0000 0000 0000 0000 0000 0000
NR KONTA BANKOWEGO

Do MPKZP Pracowników Oświaty w Zabrze
WNIOSEK O UDZIELENIE POŻYCZKI

Proszę o udzielenie pożyczki w kwocie 21 000 zł

(w tym pożyczki uzupełniającej w kwocie 18 000 zł)

(słownie: dwadzieścia jeden tysięcy złotych),

które zobowiązuję się:

spłacić w 60 ratach, przez potrącenie z wynagrodzenia i zasiłku chorobowego wypłacanego mi przez Zakład Pracy,*

spłacić wratach, przez wpłatę osobistą.*

W przypadku skreślenia mnie z listy członków MPKZP 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.

Jako poręczycieli proponuję:

1. AURELIA PTAK zam. ul. WIŚNIOWA 12, 41-800 ZABRZE
2. WIKTOR BURY zam. ul. JAŚMINOWA 35/6, 41-800 ZABRZE

Zabrze, dnia 01.11.2021 r.

.....
PODPIS

W razie nieuregulowania we właściwym terminie pożyczki zaciągniętej przez w/w wnioskodawcę wyrażamy zgodę jako solidarnie współzobowiązani, na pokrycie należnej Kasie kwoty z naszych wkładów i wynagrodzeń za pracę i upoważniamy Kasę do bezpośredniego podjęcia w takim przypadku, u każdego naszego pracodawcy kwoty, równej temu zadłużeniu.

1.
PODPIS PORĘCZYCIELA

2.
PODPIS PORĘCZYCIELA

Stwierdzam własnoręcznie podpisów
poręczycieli wymienionych w poz. 1 i 2

.....
PIECZĘĆ ZAKŁADU PRACY I PODPIS DYREKTORA

*odpowiednie zaznaczyć krzyżykiem

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym stwierdzam, że:

Na podstawie ksiąg MPKZP stwierdzam
następujący stan konta wnioskodawcy:

Wnioskodawca*) pr. stały

- | | | | |
|----|---|-----------------------------|---------|
| 1. | Poręczyciel*) pr. stały | WKŁADY |zł |
| 2. | Poręczyciel*) w okr. próbnym do 31.12.2021 r. | NIESPŁACONE
ZOBOWIĄZANIA |zł |

.....
(data)	(pieczęć Zakł. Pracy i podpis)	(data)	(Księgowa PKZP)

*Wpisać odpowiednio:
jest pracownikiem stałym
jest w okresie wypowiedzenia
jest w okresie próbnym

Decyzją Zarządu Pracowniczej Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej przyznano wnioskodawcy pożyczkę gotówkową w kwocie zł
(słownie)
płatną w ratach rozpoczynając od dnia r.
Wypłata pożyczki nastąpi przelewem na podany we wniosku rachunek bankowy.

Zabrze, dnia

.....
(podpis Zarządu PKZP)

Zaksięgowano dnia dowód nr

.....
(podpis księgowego)

JAN KOWALSKI

Imię i Nazwisko

Ul. BŁAWATKOWA 8/2

Miejsce zamieszkania

41-800 ZABRZE

SP-19

Do Zarządu Międzyzakładowej Pracowniczej

Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej

Pracowników Oświaty w Zabrze

WNIOSEK O SKREŚLENIE Z LISTY CZŁONKÓW
I PRZEKAZANIE LUB ZWROT WKŁADÓW

Proszę o skreślenie mnie z listy członków MPKZP oraz:

- ~~1. Przekazanie moich wkładów po potrąceniu zadłużenia na konto Międzyzakładowej Pracowniczej Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej Pracowników Oświaty w Zabrze.*~~
2. Zwrot wkładów po potrąceniu posiadanego zadłużenia na konto nr*
00 0000 0000 0000 0000 0000 0000.

19.09.2021 r.

data

.....

podpis

Stwierdzam na podstawie ksiąg MPKZP, że stan wkładów w/w wynosi zł, niespłacone zobowiązania..... zł

Zabrze, dn.

.....

Księgowy PKZP

DECYZJA ZARZĄDU MPKZP

Zarząd MPKZP na posiedzeniu w dniu postanowił skreślić z listy członków Pana/Panią wstrzymać dalsze potrącenia wkładów oraz po potrąceniu zadłużeniazł należne wkłady w kwocie zł przekazać na rachunek wskazany powyżej i wypłacić w terminie do dnia

ZARZĄD MPKZP

Kwotę zł (słownie złotych.....)

przekazano w dniu.....

.....

Podpis wypłacającego

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 5 do Regulaminu Wewnętrznego MPKZP Pracowników Oświaty w Zabrze

JAN KOWALSKI
imię i nazwisko

UL. BŁAWATKOWA 8/2
ulica, nr domu

41-800 ZABRZE
kod pocztowy, miejscowość

SP-19
placówka oświatowa

DEKLARACJA

Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości 50 zł. (min. 30 zł).

Zabrze, dn. 01.06.2021 r.

.....
własnoręczny podpis