

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### **dla osoby uprawnionej do wypłaty wkładów na wypadek śmierci członka Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy Centrum Usług Wspólnych w Piasecznie**

Zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 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 ( ogólnego RODO ) informujemy że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Międzyzakładowa Kasa Zapomogowo-Pożyczkowa przy Centrum Usług Wspólnych w Piasecznie ul. Kusocińskiego 4, 05-500 Piaseczno reprezentowana przez Zarząd.
2. Państwa dane osobowe jako osoby uprawnionej do wypłaty wkładów na wypadek śmierci członka przy CUW w Piasecznie przetwarzane są w celu realizacji czynności niezbędnych dla obsługi statutowych zadań realizowanych przez MKZP na podstawie art. 6 ust. 1 lit a i d wskazanego powyżej rozporządzenia.
3. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż niezbędny do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora oraz ochrony Państwa interesów.
4. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania. W zakresie danych udostępnionych przez osobę uprawnioną do wypłaty wkładów na wypadek śmierci członka Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej za jego zgodą, które nie są niezbędne do wypełniania obowiązków nałożonych na MKZP przepisami prawa, posiadają Państwo prawo do ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Mają Państwo prawo do wniesienia skargi do PUODO ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Państwa narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
6. Dane udostępniane przez Państwa będą podlegały udostępnianiu dla: Zarządu MKZP, Komisji Rewizyjnej MKZP, księgowej MKZP oraz referatowi płac realizującemu potrącenia składek i rat pożyczek wyłącznie w celu realizacji czynności niezbędnych dla obsługi statutowych zadań realizowanych przez MKZP przy CUW w Piasecznie.
7. Dane udostępniane przez Państwa nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie będzie przekazywał danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

.....  
data i czytelny podpis osoby uprawnionej do wypłaty wkładów  
na wypadek śmierci członka

**WYRAŻENIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO WYPŁATY WKŁADÓW NA WYPADEK ŚMIERCI CZŁONKA MIĘDZYKŁADOWEJ KASY ZAPOMOGOWO – POŻYCZKOWEJ**

Ja ..... niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a oraz art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO). Jestem świadomy, iż Administratorem moich danych osobowych jest MKZP przy CUW w Piasecznie. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z byciem osobą uprawnioną do wypłaty wkładów na wypadek śmierci członka Międzyzakładowej Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy Centrum Usług Wspólnych w Piasecznie. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z MKZP 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 Prezesa UODO ul. Stawki 2 00-193 Warszawa , gdy uznam, iż przetwarzanie danych narusza przepisy RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne. Ponadto oświadczam, iż MKZP przy CUW w Piasecznie zrealizowała w stosunku do mnie obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 RODO oraz przekazała mi klauzulę informacyjną i zapoznała mnie z zasadami przetwarzania moich danych osobowych.

Wyrażam również zgodę na wysyłanie korespondencji mailowej, zgodnie z Ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

.....  
( Data)

.....  
(Własnoręczny podpis)