

KLAUZULA INFORMACYJNA I OŚWIADCZENIE WOLI dla osób uprawnionych

Zgodnie z Art. 14 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 – RODO (Dz. Urz. UE L Nr 119, str. 1) informujemy:

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH

1. Administratorem danych osobowych osób uprawnionych do otrzymania wkładu członkowskiego w razie śmierci członka KZP, zwanych dalej osobami uprawnionymi, jest Kasa Zpomogowo-Pożyczkowa przy Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej z siedzibą w Warszawie przy ulicy Szczęśliwickiej 40, reprezentowana przez Zarząd KZP.
2. Dane osobowe osób uprawnionych przetwarzane są w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych tj. wypłata wkładów członkowskich.
3. Dane osobowe osób uprawnionych przetwarzane są na podstawie przepisów prawa.
4. Przetwarzane dane obejmują dane identyfikacyjne w zakresie imion, nazwiska oraz numeru PESEL, a także dane teleadresowe w zakresie adresu do korespondencji oraz numeru telefonu lub adresu poczty elektronicznej.
5. Dane osobowe w zakresie imion, nazwiska i numeru rachunku bankowego mogą być przekazane do banku prowadzącego rachunek KZP.
6. Dane osobowe przechowywane będą przez okres 5 lat od dnia wypłaty wkładu członkowskiego.
7. Osobie uprawnionej przysługuje prawo żądania: dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
8. Osobie uprawnionej przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Szczegółowe informacje, w tym dane kontaktowe znajdują się na stronie internetowej: <https://uodo.gov.pl>
9. Dane osobowe pozyskane zostały od członka KZP wskazującego osobę jako osobę uprawnioną.

Po zapoznaniu się z informacjami o przetwarzaniu danych osobowych przez Kasę Zpomogowo-Pożyczkową przy Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez KZP moich danych osobowych (imion, nazwiska, adresu do korespondencji, numeru PESEL, numeru telefonu lub adresu e-mail).

Jestem świadoma/y, iż KZP przetwarza moje dane osobowe w związku z prowadzoną działalnością.

Dnia 20..... r.
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie woli