*OŚWIADCZENIE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYPŁATY WKŁADÓW
NA WYPADEK ŚMIERCI*

*……………………………….*

*………………………………*

*……………………………….*

*………………………………*

*………………………………*

*(imię, nazwisko, adres, PESEL, telefon)*

*Ja.................................................................., osoba uprawniona do wypłaty wkładów na wypadek śmierci członka MKZP przy Komendzie Miejskiej PSP w Opolu oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych tj. MKZP przy Komendzie Miejskiej PSP w Opolu w celach związanych z wypłatą na moją rzecz wkładów członkowskich zgromadzonych przez Panią/Pana....................................................... w MKZP przy Komendzie Miejskiej PSP w Opolu.*

*Moja zgoda dotyczy następujących danych : imię (imiona) i nazwisko, numer PESEL,
a w przypadku braku numeru PESEL - nazwę i numer dokumentu potwierdzającego
tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało, adres do korespondencji oraz numer
telefonu lub adres poczty elektronicznej. Ponadto oświadczam, iż MKZP przy Komendzie Miejskiej PSP w Opolu 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.*

 *……………………………….*