Nr ewidencyjny……………………  *(wypełnia MKZP)*

 **Deklaracja przystąpienia do MKZP**

IMIĘ I NAZWISKO ……………………………………………………….………………………………………………………….

ADRES ZAMIESZKANIA .......................................................................................................................
  *(ulica, kod, miejscowość)*

PESEL \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_Data urodzenia …………………………………..

Stanowisko: Pedagog/Administracja/Obsługa\*

Nr konta bankowego \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Międzyzakładowej 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 MKZP.
2. Opłacę wpisowe określone regulaminem wewnętrznym.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości ……………………….. (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 MKZP do bezpośredniego podejmowania tych należności w zakładzie pracy. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
5. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd MKZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania, numeru telefonu, zajmowanego stanowiska, miejsca pracy .

6. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić osobie przeze mnie upoważnionej.

 …………………………………….., dnia …………………………………r.

**Osoba upoważniona do odbioru wkładów na wypadek śmierci członka MKZP**

Imię i nazwisko: …………………………………………………………

PESEL: ..………………………………………………………

Adres do korespondencji: …………………………………………………………

Telefon: …………………………………………………………

………………………………………………………..*podpis przystępującego do MKZP*

*…………………………………………………….*

*pieczątka jednostki*

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

MKZP z dniem ………………………………………. r.

 ……………………………………… …………………………………….. ………………………………..……

 *Skarbnik Sekretarz Przewodniczący*

 ………………………………………
Pieczęć MKZP