Oświadczenie Osoby uprawnionej

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym niżej zakresie:

1) imię (imiona) i nazwisko,

2) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL - nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało,

3) adres do korespondencji oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej,

przez administratora danych MKZP w Kcyni, w celu realizacji zadań ustawowych związanych z realizacją dyspozycji członka kasy na wypadek jego śmierci.

……

podpis osoby uprawnionej