

W N I O S E K
O PRYZNANIE ZAPOMOZI Z FUNDUSZU WSPARCIA
DLA CZŁONKÓW FZZPM W POLSCE

I. DANE CZŁONKA ZAKŁADOWEJ ORGANIZACJI ZWIĄZKOWEJ PRZYNALEŻNEJ DO FZZPM W POLSCE UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZAPOMOGĘ LOSOWĄ

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, kod pocztowy, nr tel. kom.)

.....
Miejsce pracy, zajmowane stanowisko

.....
Staż w Zakładowej Organizacji Związkowej, pełnione funkcje

II. UZASADNIENIE WNIOSKU

.....
.....
.....
.....

III. ZAŁĄCZANE DOKUMENTY

.....
.....

IV. FORMA PRZEKAZANIA ZAPOMOZI

Na konto osobiste:
nazwa banku, nr konta bankowego

Przekaz pocztowy (tylko i wyłącznie jeśli osoba nie posiada konta bankowego):

.....
Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, kod pocztowy)

V. KLAUZULE INFORMACYJNE:

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest FZZPM w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy ul. Hożej 66/68;

2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielenia zapomogi losowej na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

3) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres 6 lat;

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;

5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych należy przesłać elektronicznie na adres e-mail: biuro@fzzpm.org.pl lub pisemnie pocztą, na adres wskazany w pkt 1.

6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;

7) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do uzyskania zapomogi losowej.

.....
data

.....
podpis Wnioskującego o zapomogę

VI. PROPONOWANA WYSOKOŚĆ ZAPOMOGI

Proponowana wysokość zapomogi ze środków Funduszu Wsparcia dla Członków FZZPM W POLSCE

.....

Pieczęć Zarządu
Zakładowej Organizacji Związkowej

.....
data

.....
podpis Przewodniczącego ZOZ