



FUNDUSZ WSPARCIA POLICJANTÓW GARNIZONU WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

.....
imię i nazwisko

.....
id kadrowe

.....
komórka organizacyjna Policji

.....
tel. kontaktowy

.....
adres korespondencyjny

.....
adres e-mail

Ja niżej podpisany (dysponent), deklaruje w imieniu własnym (w tym członków mojej rodziny – beneficjentów*) przystąpienie do Funduszu Wsparcia Policjanta Garnizonu Warmińsko-Mazurskiego (zwanego dalej Funduszem) i wyrażam zgodę na potrącanie z należnego mi wynagrodzenia comiesięcznej składki z tytułu członkostwa w Funduszu oraz z tytułu zobowiązań umożliwiających mi korzystanie z usług dostarczanych przez operatora sieci komórkowej T-Mobile Polska S.A. (lub innego operatora). W przypadku skorzystania z usług teleinformatycznych przekraczających wartość określoną w deklaracji (m.in.: usługi premium, transfer danych poza Polską), zobowiązuje się do uiszczania dodatkowych opłat na rachunek nr 40 1240 5598 1111 0011 0316 6192 (lub inny rachunek wskazany przez Warmińsko-Mazurski Zarząd Wojewódzki NSZZ Policjantów w Olsztynie), do dnia 10. każdego miesiąca następującego po miesiącu, w którym została wykorzystana usługa. Podstawą dodatkowych opłat będzie biling dostarczany Zarządowi Wojewódzkiemu przez operatora sieci komórkowej. Po dokonaniu zmian w Statucie NSZZ Policjantów, umożliwiających uzyskanie członkostwa przez pracowników Policji, zobowiązuje się w ciągu miesiąca do złożenia stosownej deklaracji członkowskiej. Niespełnienie tego zobowiązania pociąga za sobą konsekwencję, o której mowa w § 3 ust. 2 Regulaminu Funduszu.

.....
podpis skarbnika W-M ZW NSZZ P w Olsztynie

.....
data i podpis dysponenta składającego deklarację

Jako członek Funduszu Wsparcia Policjantów Garnizonu Warmińsko-Mazurskiego, zwanego dalej Funduszem, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Warmińsko-Mazurski Zarząd Wojewódzki NSZZ Policjantów w Olsztynie (adres: ul. Partyzantów 6/8, 10-959 Olsztyn) – Administratora Danych Osobowych, zwanego dalej Administratorem, moich danych osobowych (Dysponenta) i danych osobowych członków mojej rodziny (beneficjentów) w zakresie danych kontaktowych (numeru telefonu i / lub adresu e-mail, w celach kontaktowych). 1) Administrator umożliwia ze sobą kontakt za pomocą poczty e-mail (poczta@zwnszyp.olsztyn.pl, tel. 47 731 56 90 (91) lub drogą pocztową na adres: 10-959 Olsztyn, ul. Partyzantów 6/8. 2) Dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora wyłącznie w celu kontaktowania się Administratora z Członkiem Funduszu (Dysponentami i Beneficjentami) w ramach realizacji działalności Statutowej NSZZ Policjantów oraz w oparciu o Regulamin Funduszu, w szczególności w związku z realizacją uprawnień i obowiązków Członka Związku, wynikających ze Statutu Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego Policjantów oraz obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy o Policji oraz ustawy o związkach zawodowych. 3) Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez czas trwania zgody udzielonej przez Członka Związku, tj. do czasu jej cofnięcia, chyba że obowiązek dalszego przetwarzania wynika z obowiązujących przepisów prawa. 4) Dane osobowe Członka Funduszu mogą być ujawniane przez Administratora: a) pracownikom/współpracownikom Administratora upoważnionym do ich przetwarzania na polecenie Administratora dla potrzeb zrealizowania celu wskazanego w pkt 2); b) podmiotom, którym Administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych, w tym: dostawcom usług technicznych i organizacyjnych wyłącznie w ramach upoważnień lub powierzeń, w zakresie niezbędnym do zrealizowania celu określonego w pkt 2), w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, c) instytucjom działającym i uprawnionym z mocy prawa, z zachowaniem wymaganych prawem gwarancji zapewniających bezpieczeństwo danych. 5) Członek Funduszu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, jeśli są nieprawidłowe. 6) Członkowi Funduszu przysługuje prawo żądania w każdym czasie usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, wobec przetwarzania danych oraz prawo cofnięcia w każdym czasie zgody na przetwarzanie danych. 7) Cofnięcie zgody następuje poprzez wysłanie wiadomości na adres e-mail podany w pkt 1), drogą pocztową na adres wskazany w pkt 1) lub poprzez złożenie wniosku w siedzibie Administratora. Cofnięcie zgody spowoduje natychmiastowe zaprzestanie przetwarzania danych Członka Funduszu oraz usunięcie danych Członka Funduszu przez Administratora, chyba że obowiązek dalszego przetwarzania wynika z obowiązujących przepisów prawa. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, które miało miejsce do czasu cofnięcia zgody. 8) Administrator nie planuje przekazywania danych osobowych Członków Funduszu do odbiorców zlokalizowanych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (kraje UE oraz Islandia, Norwegia i Lichtenstein). 9) Członek Funduszu nie będzie podlegał decyzjom podejmowanym w sposób zautomatyzowany (bez udziału człowieka) a jego dane osobowe nie będą również wykorzystywane do profilowania. 10) Członek Funduszu ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (lub innego odpowiedniego organu nadzorczego) gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych przez Administratora narusza przepisy obowiązującego prawa, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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.

.....
data i podpis dysponenta składającego deklarację

L.p.	Dysponent 1/Beneficjent 2,3...	Składka członkowska (karta głosowa + 15GB internetu) 10 zł	Karta głosowa (+ 25GB internetu) 15 zł	Karta głosowa (+ 60GB internetu) 30 zł	Karta internetowa 50GB 10 zł	Karta internetowa bez limitu 25 zł	Podsumowanie
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
Wysokość składki łącznie	pole wyboru zaznaczamy symbolem „X”						

.....
data i podpis dysponenta składającego deklarację

**FUNDUSZ WSPARCIA POLICJANTÓW
GARNIZONU WARMIŃSKO-MAZURSKIEGO**

.....
(ID)

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(jednostka powiatowa/wydział KWP)

ZGODA NA POTRĄCENIA Z UPOSAŻENIA/WYNAGRODZENIA

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na potrącanie z należnego mi uposażenia/wynagrodzenia comiesięcznej składki z tytułu członkostwa w Funduszu Wsparcia Policjantów Garnizonu Warmińsko-Mazurskiego, w wysokości zadeklarowanej podmiotowi zarządzającemu tym Funduszem (Warmińsko-Mazurskiemu Zarządowi Wojewódzkiemu NSZZ Policjantów w Olsztynie).

.....
podpis