

## Klauzula informacyjna

1. Kasa Zapomogowo – Pożyczkowa działająca przy Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie (zwana dalej KZP) informuje, że przetwarza dane osobowe osób fizycznych w związku ze złożeniem przez te osoby:
  - deklaracji przystąpienia do KZP,
  - wniosku o udzielenie pożyczki z KZP,
  - wniosku o wycofanie wkładów,
  - wniosku o skreślenie z listy członków,
2. Administratorem danych osobowych przetwarzanych przez KZP jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie, 22-500 Hrubieszów, tel. +48 84 53 53 219 NIP: 919-15-17-717, REGON: 000308376, z którym można kontaktować się pod adresem e-mail [sekretariat@spzozhrubieszow.pl](mailto:sekretariat@spzozhrubieszow.pl), zaś w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych można kontaktować się pod adresem e-mail [inspektor@spzozhrubieszow.pl](mailto:inspektor@spzozhrubieszow.pl).
3. Dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO oraz Ustawy o kasach zapomogowo-pożyczkowych z dnia 11 sierpnia 2021r. art. 43 ust. 1 i 2 oraz Statut Kasy Zapomogowo – Pożyczkowej. Zakres przetwarzanych danych:
  - a) imię (imiona) i nazwisko,
  - b) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – nazwę i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz nazwę państwa, które go wydało,
  - c) adres do korespondencji oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej,
  - d) stan cywilny oraz ustrój majątkowy,
  - e) stan zdrowia,
  - f) otrzymywane wynagrodzenie lub zasiłek;
4. Podanie danych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania uniemożliwi realizację celów określonych w pkt. 1.
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez KZP przez czas obowiązywania zawartej umowy, dla celów archiwalnych, w celu zabezpieczenia ewentualnych roszczeń.
6. Dane nie będą przedmiotem sprzedaży, ani udostępnienia podmiotom trzecim, za wyjątkiem podmiotów uprawnionych przez przepisy prawa.
7. Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo do dostępu do danych, prawo do ich poprawiania, prawo do żądania ograniczenia ich przetwarzania, żądania ich usunięcia, wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą poddawane profilowaniu.

### Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych CZŁONKA KZP

Ja niżej podpisany/a...../ .....  
(imię i nazwisko ) (jednostka organizacyjna) lub EMERYT

zamieszkały/a .....  
(kod pocztowy i miejscowość, dokładny adres zamieszkania )

OŚWIADCZAM, iż zapoznałem/-am się z przedstawioną informacją i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Kasę Zapomogowo – Pożyczkową, potrzebnych do prowadzenia wszelkich spraw dotyczących członkostwa w ramach KZP oraz samej działalności KZP na czas przynależności i rozliczeń.

.....  
(miejscowość, data) (podpis)

tel. kontaktowy \* .....

\* dobrowolnie