

Žiadosť o sociálnu výpomoc pre pozostalých po členovi OZ

Žiadateľ * (meno a priezvisko)	
Korešpondenčná adresa	
e-mail	
Telefonický kontakt	
Číslo osobného účtu v tvare IBAN	
Zosnulý (meno a priezvisko)	
Dátum narodenia	
Člen ZO OZ	
Dátum vstupu do OZ (deň, mesiac, rok)	
Odôvodnenie žiadosti	
Stanovisko PV OZ resp. ZO OZ	
	Členské uhradené (nehoďiace sa vymažte): áno nie

* meno a priezvisko pozostalého alebo zástupcu výboru ZO OZ

Súhlas so spracúvaním osobných údajov

podľa čl. 6 ods. 1 písm. a) Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov

Týmto udeľujem prevádzkovateľovi Odborovému zväzu pracovníkov peňažníctva a poisťovníctva (OZ BP) svoj písomný súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu: meno, priezvisko, korešpondenčná adresa, rodinný stav, číslo bankového účtu, e-mailový a telefonický kontakt za účelom vybavenia mojej žiadosti o poskytnutie sociálnej výpomoci pre pozostalých po členovi OZ BP. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov uvedených v žiadosti sú na stránke OZ BP <http://odborybankapoisťovni.sk/>.

Tento súhlas udeľujem na dobu vybavenia tejto mojej žiadosti ako aj na celú dobu trvania môjho vzťahu k OZ BP založenom touto žiadosťou.

podpis žiadateľa

pečiatka PV OZ, resp. ZO OZ
podpis oprávneného funkcionára

Príloha:
Úmrtný list