

Nazwisko, Imię
Adres zamieszkania.....
Nr ewidencyjny, symbol komórki
Seria i nr dowodu osobistego
Nazwa banku i nr konta bankowego

WNIOSEK
o udzielenie Zwrotnej Doraźnej Pomocy Finansowej

Proszę o udzielenie doraźnej zwrotnej pomocy finansowej w kwocie zł.
(słownie zł.), którą spłcę w..... miesięcznych ratach przez potrącanie z wynagrodzenia za pracę lub zasiłku chorobowego, zasiłku wychowawczego oraz wszelkich innych należności wypłacanych mi przez zakład pracy.
W przypadku nie potrącenia raty zadłużenia przypadającej do spłaty w danym miesiącu przez zakład pracy, kwotę tę wpłcę osobiście w kasie Związku w terminie do 5 roboczego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wystąpiła zaległość.

Oświadczam, że są mi znane postanowienia Regulaminu Udzielania Doraźnej Zwrotnej Pomocy Finansowej członkom KZ NSZZ „Solidarność” w ANWILU SA, zgadzam się z nimi i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
Proponuję jako poręczyciela:

Imię i nazwiskoNr ewidencyjny, symbol komórki.....
Seria i nr dowodu osobistego
Adres

W przypadku nieściągalności udzielonej kwoty Zwrotnej Doraźnej Pomocy Finansowej Kol jako solidarnie współzobowiązany spłcę zaległą kwotę zgodnie z pkt. 12 Regulaminu Udzielania Doraźnej Zwrotnej Pomocy Finansowej członkom KZ NSZZ „Solidarność” w ANWILU S.A.

czytelny podpis wnioskodawcyczytelny podpis poręczyciela
Włocławek, dnia

Potwierdzenie podpisów:

Potwierdzam autentyczność podpisów złożonych na wniosku.
Włocławek, dn

Podpis Przewodniczącego KO

Potwierdzenie danych:

Potwierdzam, że w/w są członkami Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność” w ANWILU SA.
Włocławek, dn
Podpis osoby przyjmującej wniosek

Informacja zgodna z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (tzw. RODO).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Komisja Zakładowa NSZZ „ Solidarność” w ANWILU S.A.
2. Dane osobowe będą wykorzystane do udzielenia Zwrotnej Doraźnej Pomocy Finansowej.
3. Każda osoba, której dane osobowe są przetwarzane przez Administratora ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, prawo do ich usunięcia , ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. W każdym czasie przysługuje Pani/Panu prawo dostęp do swoich danych osobowych ich aktualizacji i oraz prawo do wniesienia skarg do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

UMOWA
Zwrotnej Doraźnej Pomocy Finansowej

Przewodniczący Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność” w ANWILU SA.

zawiera z Kol (imię i nazwisko) (imię i nazwisko)
imię i nazwisko)
umowę na udzielenie j Zwrotnej Doraźnej Pomocy F inansowej w kwocie zł.
(słownie zł.) pomniejszonej o 3%, tj. o zł.
(słownie zł.) tytułem obsługi kosztów pomocy.
Pierwsza rata płatna w miesiącu Wysokość raty miesięcznej

W przypadku zależnej lub niezależnej od korzystającego z Zwrotnej Doraźnej Pomocy Finansowej braku spłaty raty pomocy, na podstawie pkt. 9 Regulaminu Udzielania ZDPF członkom KZ w ANWILU SA, korzystający z pomocy jest zobowiązany do spłaty kwoty raty osobiście w kasie Związku w terminie do 5 roboczego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła zaległość.

W przypadku rezygnacji korzystającego z ZDPF z członkostwa w KZ NSZZ „Solidarność” w ANWILU SA, na podstawie pkt. 8 Regulaminu Udzielania ZDPF niespłacona część pożyczki podlega natychmiastowej egzekucji w całości.

czytelny podpis korzystającego z ZDPF data podpis przewodniczącego KZ
Niniejsza umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach. Po jednym dla każdej ze stron.

UMOWA
Zwrotnej Doraźnej Pomocy Finansowej

Przewodniczący Komisji Zakładowej NSZZ „Solidarność” w ANWILU SA.

..... zawiera z Kol
(imię i nazwisko) (imię i nazwisko)
umowę na udzielenie j Zwrotnej Doraźnej Pomocy Finansowej w kwocie zł.
(słownie zł.) pomniejszonej o 3%, tj. o zł.
(słownie zł.) tytułem obsługi kosztów pomocy.
Pierwsza rata płatna w miesiącu Wysokość raty miesięcznej

W przypadku zależnej lub niezależnej od korzystającego z Zwrotnej Doraźnej Pomocy Finansowej braku spłaty raty pomocy, na podstawie pkt. 9 Regulaminu Udzielania ZDPF członkom KZ w ANWILU SA, korzystający z pomocy jest zobowiązany do spłaty kwoty raty osobiście w kasie Związku w terminie do 5 roboczego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiła zaległość.

W przypadku rezygnacji korzystającego z ZDPF z członkostwa w KZ NSZZ „Solidarność” w ANWILU SA, na podstawie pkt. 8 Regulaminu Udzielania ZDPF niespłacona część pożyczki podlega natychmiastowej egzekucji w całości.

czytelny podpis korzystającego z DZPF data podpis przewodniczącego KZ
Niniejsza umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach. Po jednym dla każdej ze stron.

Informacja zgodna z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (tzw. RODO).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Komisja Zakładowa NSZZ „ Solidarność” w ANWILU S.A.
2. Dane osobowe będą wykorzystane do udzielenia Zwrotnej Doraźnej Pomocy Finansowej.
3. Każda osoba, której dane osobowe są przetwarzane przez Administratora ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, prawo do ich usunięcia , ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. W każdym czasie przysługuje Pani/Panu prawo dostęp do swoich danych osobowych ich aktualizacji oraz prawo do wniesienia skarg do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

.....
Nazwisko i imię

.....
Spółka / komórka organizacyjna

.....
Numer osobowy

Zgoda na dokonywanie potrąceń z wynagrodzenia

Ja niżej podpisany / a oświadczam, że wyrażam zgodę na dokonywanie przez ANWIL Spółka Akcyjna z siedzibą we Włocławku ul. Toruńska 222, 87-805 Włocławek (dalej: Pracodawca) potrąceń z mojego wynagrodzenia za pracę/zasiłków z ubezpieczenia społecznego Zwrotnej Doraźnej Pomocy Finansowej udzielonej przez KZ NSZZ „Solidarność” w ANWILU S.A w wysokości..... Wyrażam zgodę na potrącenie powyżej wskazanej kwoty w ratach miesięcznych w wysokości zł.(słownie: zł) na rzecz KZ NSZZ „Solidarność” w ANWILU S.A. poczynszy od wynagrodzenia za miesiąc ..roku. Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Pracodawcę do KZ NSZZ „Solidarność” w Anwilu S.A., zindywidualizowanych informacji dotyczących potrącanych z mojego wynagrodzenia miesięcznych rat Zwrotnej Doraźnej Pomocy Finansowej oraz salda zadłużenia. Zgodę na w/w czynności udzielam do czasu mojej przynależności do KZ NSZZ „Solidarność”, a w przypadku skreślenia mnie z listy członków, do czasu spłaty ZDPF.

Miejscowość, dnia

Czytelny podpis

Potwierdzam własnoręczność podpisu osoby składającej oświadczenie o zgodzie na dokonywanie potrąceń z wynagrodzenia rat Zwrotnej Doraźnej Pomocy Finansowej.

Podpis i pieczęć przedstawiciela KZ
NSZZ „Solidarność” w ANWILU S.A.