

Gdynia, dnia.....2021r.

Deklaracja woli

Ja niżej podpisana/ny informuję, że:

1. jedynym miejscem korzystania z Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych od 1. 01.2021r. jest Zespół Szkolno- Przedszkolny nr 5 w Gdyni, ul. Porębskiego 21
2. dobrowolnie podaję swoje dane w celu właściwej komunikacji, są one zgodne ze stanem faktycznym; o wszelkich zmianach będę na bieżąco informowała/ł ZSP nr 5 w Gdyni
3. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych wyłącznie do czynności związanych z ZFŚS
4. zapoznałam/łem się z Klauzulą informacyjną RODO
5. zapoznałam/łem się z Regulaminem ZFŚS obowiązującym w ZSP nr 5 w Gdyni
6. dobrowolnie przedstawiam aktualną decyzję emerytalną/rentową.

- Imię i nazwisko.....
- Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- adres.....
.....
- telefon
- e-mail
- numer konta
-

.....

własnoręczny podpis