**Oświadczenie osoby uprawnionej**

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych
w podanym niżej zakresie:

1) imię (imiona) i nazwisko,

2) adres do korespondencji,

3) numer telefonu

przez administratora danych: MKZP przy KWP w Olsztynie w celu realizacji zadań ustawowych związanych z realizacją dyspozycji członka kasy ……………………………………………………………………………... na wypadek jego śmierci.

(imię i nazwisko członka MKZP, identyfikator)

……………………………………………..

(data, czytelny podpis osoby uprawnionej)