

WNIOSEK WSPÓŁWNIOSKODAWCY

DANE OSOBOWE WSPÓŁWNIOSKODAWCY		Pieczęćka Placówki
Nazwisko		
Imiona:		
Nr członkowski		
PESEL:		
Seria i numer dokumentu tożsamości:		
Adres zamieszkania:		

Kwota brutto : _____ zł

Kwota słownie: _____

ZGODA NA UZYSKANIE Z BIUR INFORMACJI GOSPODARCZYCH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZOBOWIĄZAŃ WSPÓŁWNIOSKODAWCY:

Zgadzam się, aby Kasa Stefczyka pobrała bezpośrednio z biur informacji gospodarczej lub za pośrednictwem BIK S.A., informacje gospodarcze o moich zobowiązaniach.

data i własnoręczny podpis Współwnioskodawcy

Oświadczam, że otrzymałem informacje o zasadach przetwarzania moich danych osobowych w SKOK oraz BIK S.A. w szczególności o sposobie i celu, w jakim przetwarzane są moje dane osobowe, a także o przysługujących mi prawach związanych z ochroną danych.

data i własnoręczny podpis Współwnioskodawcy

Własnoręczność podpisu Współwnioskodawcy potwierdzam.

data i podpis Pracownika SKOK
lub Przedstawiciela SKOK przyjmującego Wniosek