

REGULAMIN KASY ZAPOMOGOWO-POŻYCZKOWEJ PRZY NARODOWYM INSTYTUCIE ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE -PAŃSTWOWYM INSTYTUCIE BADAWCZYM W WARSZAWIE

Zarząd Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej zbiera się raz w miesiącu, zawsze po dwudziestym, a przed ostatnim dniem miesiąca i udziela bezprocentowym pożyczek według następujących wytycznych:

1. Nowej pożyczki długoterminowej można udzielić **dopiero po spłaceniu poprzednio pobranej**. Nowe wnioski o przyznanie pożyczki długoterminowej można składać w miesiącu spłaty ostatniej raty poprzedniej pożyczki. Można udzielać pożyczki uzupełniającej na zasadach określonych regulaminem przyjętym przez walne zebranie członków KZP.
2. Zasady naliczania pożyczek:
 - a. dla pracujących członków kasy to łączna suma jednomiesięcznego wynagrodzenia (brutto) i dwukrotna wysokość aktualnego wkładu członkowskiego;
 - b. dla emerytów i rencistów to łączna suma jednomiesięcznej emerytury lub renty (brutto) i dwukrotna wysokość aktualnego wkładu członkowskiego;
3. Podstawowym warunkiem przyznania pożyczki jest złożenie wniosku o udzielenie pożyczki do **15. dnia miesiąca** w którym wniosek będzie rozpatrywany, wnioski złożone później będą rozpatrywane na następnym posiedzeniu zarządu;
4. Najniższą wysokość udzielonej pożyczki ustala się na **1000 zł (jeden tysiąc złotych)**;
5. Standardowa wysokość pożyczki nie może przekraczać **6000 zł (sześć tysięcy złotych)**;
6. Członkom, spełniającym punkt **2.**, których aktualny stan wkładów wynosi lub przekracza 3000 zł (trzy tysiące złotych) przysługuje pożyczka w wysokości **9000 zł (dziewięć tysięcy złotych)**;

Podpis: 1
K. Słodowska
[podpis]

7. Członkom, spełniającym punkt 2., których aktualny stan wkładów wynosi lub przekracza 4000 zł (cztery tysiące złotych) przysługuje pożyczka w wysokości **12000 zł (dwanaście tysięcy złotych)**;
8. Osoba żyrująca nie musi być członkiem KZP, ale musi być zatrudniony zarobkowo w NIO-PIB w Warszawie na czas nieokreślony lub na czas określony, dłuższy niż czas spłaty przyznanej pożyczki;
9. KZP może w wyjątkowych wypadkach, uzasadnionych wydarzeniami losowymi, udzielić pożyczek uzupełniających członkom KZP zadłużonym z tytułu pożyczki długoterminowej. Decyzję w sprawie przyznania pożyczki uzupełniającej podejmuje zarząd.
10. Pożyczki uzupełniającej można udzielić członkowi kasy tylko raz w trakcie spłaty zaciągniętej pożyczki jednak **dopiero po spłaceniu połowy zaciągniętej pożyczki**;
11. Łączna suma zadłużenia nie może przewyższać maksymalnej wysokości pożyczki długoterminowej udzielonej w KZP i przysługującej danemu pożyczkobiorcy, a do spłaty pozostało nie więcej jak 50% zadłużenia;
12. Warunkiem udzielenia pożyczki uzupełniającej jest poręczenie jej spłaty przez te same osoby, które poręczyły pożyczkę nie spłaconą;
13. Najdłuższy czas spłaty zaciągniętej pożyczki wraz z pożyczką uzupełniającą to 24 miesięczne raty licząc od pierwszej raty;
14. Na wniosek pożyczkobiorcy pożyczka jest wypłacana w kasie NIO-PIB lub przelewana na konto pożyczkobiorcy;
15. W razie zwłoki w spłacie rat, zaciągniętej pożyczki, dłuższej niż trzy miesiące Zarząd KPZ wzywa pożyczkobiorcę do spłaty zadłużenia i określa ostateczny termin spłaty zaległości na piśmie. Jednocześnie informuje żyrantów o powstałej zaległości. Następnie zajmuje wkłady pożyczkobiorcy i żyrantów na poczet zaległości. Jeśli te kwoty nie wystarczają, pozostała kwota będzie potrącana z wynagrodzenia żyrantów zgodnie z upoważnieniem na wniosku o przyznanie pożyczki;
16. Członkom KZP będącym pracownikami, raty pożyczki potrąca się z wynagrodzenia, wynagrodzenia chorobowego lub zasiłku z funduszu ubezpieczeń społecznych oraz innych należności ze stosunku pracy zgodnie z upoważnieniem udzielonym we wniosku o przyznanie pożyczki.

Wiceprezesa
Stefan

Członkowie KZP będący emerytami lub rencistami zobowiązani są do spłaty rat zaciągniętej pożyczki w Kasie NIO-PIB, w kasach urzędów pocztowych lub przelewem bankowym na konto KZP;

17. Spłata pożyczki rozpoczyna się od następnego miesiąca kalendarzowego po jej otrzymaniu;
18. W przypadku braku środków na udzielenie na bieżąco wnioskowanych pożyczek, upoważnia się zarząd do obniżania wysokości przyznawanych pożyczek stosownie do posiadanych wkładów. Pożyczkobiorca, któremu została obniżona wysokość przyznanej pożyczki ma prawo do odstąpienia od przyznanej pożyczki do czasu, kiedy będzie mógł ubiegać się o przyznanie całej wnioskowanej kwoty.

Warunki umożliwiające częściowe wycofanie wkładów członkowskich lub przeksięgowanie ich na poczet zadłużenia.

- Złożenie pisemnego wniosku przez członka KZP przy NIO-PIB do 15. dnia miesiąca w którym będzie rozpatrywany. Wnioski złożone później będą rozpatrywane na następnym posiedzeniu;
- Wycofanie wkładów członkowskich lub przeksięgowanie ich na poczet zadłużenia możliwe jest raz na 12 miesięcy do 50% ich wysokości;
- Członkowie posiadający zadłużenie w KZP mogą wycofać część wkładów członkowskich po spłacie połowy zadłużenia;
- Członkowie, którzy zgromadzili wkłady powyżej 1500 zł (jeden tysiąc pięćset złotych) zobowiązani są do pozostawienia wkładów członkowskich w KZP w **wysokości minimum 1000 zł** (jeden tysiąc złotych)
- Możliwe jest wycofanie więcej niż połowy zgromadzonych wkładów członkowskich tylko w uzasadnionych przypadkach i pod warunkiem pozostawienia minimum 1000 zł (jeden tysiąc złotych). Decyzje o akceptacji wniosku podejmuje zarząd na posiedzeniu;
- Całkowite wycofanie wkładów członkowskich z KZP jest równoznaczne z rezygnacją z członkostwa w KZP.
- Były członek KZP może zapisać się powtórnie do KZP po upływie 3 miesięcy od ostatniej rezygnacji z członkostwa.

*Podpis
K. Pacholowski*

Zasady dotyczące wpisowego i składek członkowskich

- Wpisowe ustala się na poziomie 1% wynagrodzenia (brutto).
- Składki członkowskie ustala się na poziomie 2% wynagrodzenia miesięcznego (brutto).
- Składki członkowskie emerytów i rencistów ustala się na poziomie 240 zł rocznie. Wpłat należy dokonywać miesięcznie po 20 zł.
- W przypadku braku wpłat przez 3 kolejne miesiące Zarząd może wystąpić z wnioskiem o skreślenie z listy członków KZP.
- Dopuszcza się uzupełnienie wkładów członkowskich poprzez wpłaty w Kasie, lub na konto KZP.

Regulamin wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia

Lista załączników:

1. Deklaracja przystąpienia do KZP
2. Wniosek o udzielenie pożyczki
3. Wniosek o częściowe przeksięgowanie wkładów
4. Wniosek o częściowe wycofanie wkładów-Przelew
5. Wniosek o częściowe wycofanie wkładów-Kasa
6. Wniosek o skreślenie z listy członków i zwrot wkładów
7. Wniosek dla Emeryta

Zatwierdzono 03.06.2022

Przewodniczący Walnego Zebrania Członków KZP: *Wienchowska K.*

Protokolant Zebrania: *Antal*

Przewodnicząca Komisji Rewizyjnej: *Pawelczak*

Nr ewidencyjny.....

Załącznik nr1 do Regulaminu KZP z dn.03.06.2022

Nazwisko		Imię	
PESEL		Data urodzenia	
Ulica i nr domu		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Telefon		E-mail	

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO KZP

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Kasy Zapomogowo - Pożyczkowej przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie- Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie, (zwaną dalej KZP).

Jednocześnie oświadczam, że :

1. Będę ściśle przestrzegać postanowień statutu, który jest mi znany, uchwał walnego zebrania członków oraz postanowień organów KZP.
2. Opłacę wpisowe określone statutem w wysokości%mojego wynagrodzenia brutto.
3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości%mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto.
4. Moje konto bankowe do rozliczeń z KZP:
5. Zgadzam się na potrącanie przez zakład pracy z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego i zasiłku wychowawczego wpisowego oraz zadeklarowanych wkładów miesięcznych i upoważniam Zarząd KZP do bezpośredniego podejmowania czynności związanych z przekazaniem tych należności na rachunek w banku KZP.
6. Zgadzam się na potrącanie z mego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, zasiłku wychowawczego oraz z wszystkich innych należności przysługujących mi od każdego pracodawcy, rat pożyczek udzielonych mi przez KZP. Zgoda ta obowiązuje przez cały czas trwania członkostwa.
7. Przyjmuję do wiadomości, że wycofane przeze mnie zgody na potrącanie mi wkładów i spłaty pożyczek spowoduje skreślenie mnie z listy członków KZP.
8. Zobowiązuję się zawiadomić zarząd KZP o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania.
9. W razie mojej śmierci wpłacone przeze mnie wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić:

(Nazwisko i Imię)

(Data urodzenia)

(Adres zamieszkania)

(Dnia)

(Własnoręczny podpis)

WYRAŻENIE ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a oraz art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO). Jestem świadomy, iż Administratorem moich danych osobowych jest KZP. Moje dane osobowe będą przetwarzane w związku z członkostwem w KZP. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom współpracującym z KZP takim jak np.: poczta, bank, kancelarie prawne, dostawcy systemów informatycznych. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu. Mam prawo do wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych, gdy uznaję, iż przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do uzyskania członkostwa w KZP.

Wyrażam również zgodę na wysyłanie korespondencji mailowej, zgodnie z Ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2002 Nr 144 poz. 1204, tekst jednolity: Dz. U. 2013 poz. 1422).

(Dnia)

(Własnoręczny podpis)

Uchwałę Zarządu KZP dnia: przyjęto w poczet członków KZP z dniem:

(Podpisy członków Zarządu KZP)

03.06.22
Podpis
Wiencl
Miel

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Do KZP przy Narodowym Instytucie Onkologii im.
Marii Skłodowskiej- Curie- Państwowym Instytucie
Badawczym w Warszawie

WNIOSEK O UDZIELENIE POŻYCZKI	uzupełniającej*	KASA*
	ratalnej – krótkoterminowej*	PRZELEW*

Proszę o udzielenie mi pożyczki w kwocie zł (słownie złotych.....), którą zobowiązuję się spłacić w.....miesięcznych ratach – przy najbliższej wypłacie – przez potrącenie z wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego wypłaconego mi przez Zakład Pracy, począwszy od miesiąca 20.... roku.

W przypadku skreślenia mnie z listy członków KZP wyrażam zgodę na pokrycie z moich wkładów i przypadającego mi wynagrodzenia za pracę oraz z zasiłku chorobowego całego zadłużenia wykazanego księgami Kasy.

Proponuję jako poręczycieli:

1.nr ewidencyjny..... zam.

2.nr ewidencyjny..... zam.

....., dnia

(własnoręczny podpis)

W razie nieuregulowania we właściwym terminie pożyczki zaciągniętej przez w/w wnioskodawcę wyrażamy zgodę jako solidarnie współzobowiązani, na pokrycie należnej KZP kwoty z naszych wkładów i wynagrodzeń za pracę i upoważniamy KZP do bezpośredniego podjęcia w takim przypadku wymaganych kwot.

1.
(podpis poręczyciela)

Stwierdzam własnoręczność podpisów
poręczycieli wymienionych w poz. 1 i 2

2.
(podpis poręczyciela)

(pieczęć zakładu pracy i podpis)

* Zbędne skreślić

ZAŚWIADCZENIE

Niniejszym stwierdzam, że:

Wnioskodawca**).

1. poręczyciel **).

2. poręczyciel **).

.....
(data)

.....
(pieczęć zakładu pracy i podpis)

**Wpisać odpowiednio:

jest pracownikiem stałym

jest w okresie wypowiedzenia

jest zatrudniony na czas określony do dnia.....

Na podstawie ksiąg KZP stwierdzam następujący
stan konta wnioskodawcy:

stan wkładów.....zł

niespłacone zobowiązaniazł

pozostaje do spłatyzł

.....
(data)

.....
(podpis księgowego KZP)

Decyzją Zarządu Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej

Przyznano wnioskodawcy pożyczkę w kwocie zł (słownie zł

.....) płatną w ratach

rozpoczynając od dnia

Warszawa, dnia

.....
(podpisy członków Zarządu KZP)

Pożyczkę zł (słownie)

otrzymałem/łam w gotówce w dniu

.....
(podpis pożyczkobiorcy)

Zaksięgowano dnia dowód nr

.....
(podpis księgowego KZP)

Do KZP przy Narodowym Instytucie Onkologii im.
Marii Skłodowskiej- Curie- Państwowym Instytucie
Badawczym w Warszawie

Proszę o częściowe przeksięgowanie moich wkładów członkowskich na poczet zadłużenia w KZP w kwociezł słowniezł.

(data)

(podpis)

Stwierdzam na podstawie ksiąg KZP, na dzień
 stan wkładówzł
 stan zadłużeniazł
 Pozostaje do spłaty.....rat zrat.

Warszawa, dnia

(księgowy PKZP)

Zarząd KZP na posiedzeniu w dniu 20... roku, postanowił przejąć część wkładów Panu /Pani w kwocie zł. w terminie do dnia

(Zarząd KZP)

Zaksięgowano dnia Nr dowodu
Nr ewidencyjny

(podpis)

23.06.22 Popadit.
Wiener
L.M.

Revised.
03/06/22
LH Wiencien

Likel
 Received.
 03.06.
 2022 Wickel

..... (nazwisko i imię członka)	Do KZP przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej- Curie- Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie
..... (adres zamieszkania)	
..... (numer ewidencyjny)	

**WNIOSEK
O SKREŚLENIE Z LISTY CZŁONKÓW I ZWROT WKŁADÓW**

Proszę o skreślenie mnie z listy członków KZP z powodu.....;
jednocześnie proszę o zwrot moich wkładów, po potrąceniu posiadanego zadłużenia, w gotówce lub
przełanie wkładów na mój rachunek bankowy nr.....
Warszawa, dnia 20.....r.

.....
(Podpis wnioskodawcy)

Na podstawie ksiąg KZP stwierdzam następujący stan konta wnioskodawcy:

wkłady zł.

zadłużenie zł.

.....
(data i podpis Księgowy KZP)

DECYZJA ZARZĄDU KASY ZAPOMOGOWO-POŻYCZKOWEJ

Zarząd KZP na posiedzeniu w dniu 20..... r. postanowił:
skreślić z listy członków Pana/Panią
i przekazać należne wkłady w gotówce lub na rachunek bankowy

.....
(Podpisy członków Zarządu KZP)

Kwotęzł. (słownie
złotych.....)
Otrzymałem/ łam /przekazano/ w dniu

.....
(podpis wypłacającego)

.....
(podpis otrzymującego lub księgowego)

Przełano
03.06.22
Anna Ciechan

..... (nazwisko i imię członka)	Do KZP przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej- Curie- Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie
..... (adres zamieszkania)	
..... (numer ewidencyjny)	

WNIOSEK DLA EMERYTA

W związku z przejściem na emeryturę proszę o pozostawienie mnie na liście członków KZP.

Ponadto zobowiązuję się, przekazywać na rachunek bankowy KZP wkłady zgodne z regulaminem KZP, oraz raty udzielonych mi pożyczek do każdego dnia miesiąca.

.....
Data i własnoręczny podpis członka KZP

DECYZJA

Zarząd KZP dnia Postanowił:

1. Pozostawić na liście członków KZP przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie- Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie
2. Odmówił pozostania na liście członków z uwagi na

.....
(Podpisy członków Zarządu KZP)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zarząd KZP (zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1977r. o Ochronie Danych Osobowych (DZ.U. Nr 133 poz. 883 ze zm.) Wiem, że mam pełne prawo do wglądu i zmiany swoich danych, jak i też ich usunięcia z bazy.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji związanych z działalnością KZP w kwestii dotyczących mojej osoby jako jej członka (zgodnie z ustawą z dnia 18.07. 2002r z. U. Nr 144 poz. 1204" o świadczeniu usług drogą elektroniczną"). W każdym momencie przysługuje mi prawo do odwołania powyższej zgody. Oświadczam, że znam i akceptuję warunki członkostwa w KZP oraz rezygnacji z członkostwa.

..... dnia 20....r.
miejscowość

.....
Własnoręczny podpis

Podpisał,
03.06.2022
Zł. W. W. W.

