Szczecin, dn. ………………………

**Wniosek o przyznanie pożyczki mieszkaniowej**

**1. DANE I OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

 [ ]  pracownik PUM*\**

 [ ]  emeryt / rencista

Pan/Pani…………………………………………........................................………………........

zamieszkały/ła:.................................……………………………………………………….….

PESEL:…………………………………………

telefon: ......................................…… telefon służbowy : ..........................................

jednostka organizacyjna pracownika PUM ......................................................................................................................................................

1. Staż pracy w PUM (informacja dotyczy pracowników)

 [ ]  powyżej 18 miesięcy [ ]  poniżej 18 miesięcy

1. cel, na którego realizację wykorzystana będzie pożyczka*\*\**: ……………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
2. wnioskowana kwota pożyczki: .................................. zł

(słownie:……………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………zł)

1. deklarowana ilość rat spłaty pożyczki: .................................
2. konieczność skorzystania z pożyczki na cele mieszkaniowe motywuję: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
3. Do niniejszego wniosku załączam:

a)…………………………………………………………

b)…………………………………………………………

c)…………………………………………………………

d)…………………………………………………………

1. środki uzyskane w ramach pożyczki zostaną wykorzystane zgodnie z celem, podanym powyżej we wniosku.
2. liczba członków mojej rodziny wraz ze mną wynosi: ............ osób,
3. średni dochód brutto na członka mojej rodziny, wyliczany zgodnie z Regulaminem gospodarowania środkami zakładowego funduszu świadczeń socjalnych PUM mieści się **w grupie dochodowej**:

 [ ]  I - do 140 % minimalnego wynagrodzenia

 [ ]  II - powyżej 140 % minimalnego wynagrodzenia

1. średni miesięczny dochód brutto liczony na jednego członka mojej rodziny uzyskany w okresie od 1.01.20…….r. do 31.12.20.........r. wyniósł: ………………………

 *(Punkt 10 oraz poniższą tabelkę wypełniają osoby, które zaznaczyły przedział dochodowy I).*

1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp | imię i nazwisko ***uprawnionego***pracownika*/*emeryta/rencisty*\***oraz* członka jego rodziny | stopień pokrewieństwa członka rodziny ***uprawnionego*** | średni miesięczny dochód brutto z ostatniego roku kalendarzowego poprzedzającego złożenie wniosku*oraz* członków jego rodziny  |
| 1 |  |  ***uprawniony*** |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| **ŁĄCZNIE:** |

 Wysokość dofinansowania z tego tytułu proszę przelać na moje konto bankowe:

 ……………………………………………………………………………………………………….

**Ponadto oświadczam, że:**

1. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej, cywilno-prawnej i dyscyplinarnej za złożenie fałszywego oświadczenia, za podanie nieprawdziwych danych. Oświadczam, że podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe, kompletne i zgodne z obecnym stanem faktycznym.
2. Jestem świadomy, że zasady przetwarzania moich danych osobowych uregulowane zostały w Polityce Prywatności Pracowników i Współpracowników, dostępnej w Dziale Spraw Socjalnych Pracowników oraz na stronie www.pum.edu.pl/rodo.
3. Zapoznałem/łam się z niniejszym Regulaminem przyznawania świadczeń z ZFŚS Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

 …………………………………………

  *podpis uprawnionego wnioskodawcy*

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **w zakresie numeru telefonu** przez Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin ‑ jako administratora danych osobowych (dalej: PUM) ‑ w celach:

- ułatwienia komunikacji z PUM

poprzez wykorzystanie telefonu do nawiązywania i prowadzenia komunikacji.

W każdej chwili przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem

Szczecin, dn …………………… ………………………………………..

  *podpis uprawnionego wnioskodawcy*

**ADNOTACJA DZIAŁU SPRAW SOCJALNYCH PRACOWNIKÓW**

[ ]  Wnioskodawca nie korzystał jeszcze w PUM z tej formy dofinansowania

[ ]  Wnioskodawca korzystał już z tej formy dofinansowania. Pożyczka została udzielona w roku ……………., na okres ……………. miesięcy, tj. do …..………...roku.

Szczecin, dn. ............................ ..............................................................

 *podpis pracownika DSSP*

**ADNOTACJA DZIAŁU KSIĘGOWOŚCI**

[ ]  Wnioskodawca jest w trakcie spłacania pożyczki mieszkaniowej udzielonej w PUM, do spłaty zadłużenia z tytułu udzielenia pożyczki pozostało …………. rat.

[ ]  Wnioskodawca nie spłaca obecnie pożyczki mieszkaniowej z PUM.

UWAGI: ...................................................................................................................................

Szczecin, dn. ............................ .......................................................

 *podpis pracownika Działu Księgowości*

**OPINIA CZŁONKÓW KOMISJI SOCJALNEJ**

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Szczecin, dn. ............................ ..……….………......................................

 *podpisy członków* *Komisji Socjalnej*

**DECYZJA W SPRAWIE PRZYZNANIA ŚWIADCZENIA**

[ ]  przyznaję pożyczkę w wysokości ……………………… zł

(słownie:……………………………………………………………………….......................zł.)

[ ]  odmawiam przyznania pożyczki, z uwagi na: .......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Szczecin, dn. ............................ ...................................................

 *podpis Kanclerza PUM*

**Poręczenie spłaty pożyczki dla: ……………………………………………………………..**

W przypadku nieuregulowania należności we właściwym terminie przez **Pożyczkobiorcę**,
jako poręczyciele pożyczki - wyrażamy zgodę na pokrycie niespłaconej kwoty wraz
z należnymi odsetkami z naszych wynagrodzeń za pracę:

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/łam się z niniejszym Regulaminem świadczeń z ZFŚS Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie.

|  |  |
| --- | --- |
| **dane Poręczyciela 1** | **dane Poręczyciela 2** |
| Imię i nazwisko | Imię i nazwisko |
| Adres | Adres |
| Dowód osobisty: | Dowód Osobisty: |
| PESEL: | PESEL: |
| data i podpis poręczyciela: | Data i podpis poręczyciela: |

Potwierdzam tożsamość Pożyczkobiorcy i poręczycieli oraz wiarygodność złożonych przez nich podpisów.

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………* *data* |  *………………………............................……………*  *pieczęć i podpis pracownika DSSP* |

Wyżej wymienieni poręczyciele pracują w Pomorskiem Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie na czas nieokreślony.

|  |  |
| --- | --- |
| *………………………………* *data* |  *………………………............................……………*  *pieczęć i podpis pracownika Działu Kadr poświadczający zatrudnienie poręczyciela w PUM* |