



WNIOSEK

o przyznanie dofinansowania z ZFŚS do karnetów sportowo-rekreacyjnych

.....
(IMIĘ I NAZWISKO – proszę wpisać DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....
(NR PESEL)

adres e-mail:

nr telefonu:

pracownik UEP*

emeryt/rencista*

doktorant (uprawnieni od 4 do 8 semestru)*

wdowa/wdowiec/sierota*

po:

Proszę o zgłoszenie do programu usług sportowo-rekreacyjnych oraz przyznanie z ZFŚS świadczenia w formie dofinansowania do karnetów sportowych w 2026 roku dla wymienionych niżej uprawnionych osób:

KARNETY SPORTOWE MULTIPAKIETY	cena karnetu	uczestnik	stopień pokrewieństwa	nr telefonu
SILVERPLUS SOCJALNY nielimitowany dostęp w pełnym zakresie	102,00 zł			
SILVERPLUS SOCJALNY limitowany dostęp w pełnym zakresie – jedno wejście na dzień	79,00 zł			
JUNIOR nielimitowany dostęp w pełnym zakresie	88,00 zł			
JUNIOR dostęp w pełnym zakresie – jedno wejście na dzień	79,00 zł			
AQUA nielimitowany dostęp do basenu	46,00 zł			
AQUA dostęp do basenu – jedno wejście na dzień	41,00 zł			

na okres od do 2026 roku.

Wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych osób wskazanych we wniosku do MEDICOVER SPORT sp. z o.o. – Administratora Danych Osobowych.

Wyrażam zgodę na udostępnianie pracodawcy – UEP, przez MEDICOVER SPORT sp. z o.o. informacji dotyczącej sposobu i częstotliwości wykorzystania MULTIPAKIETU, w szczególności poprzez przesyłanie kwartalnych raportów dokumentujących wizyty pracowników będących użytkownikami MULTIPAKIETÓW w poszczególnych obiektach, zawierających co najmniej wskazanie liczby wizyt w miesiącu w danym obiekcie.

Wniosek jest podstawowym dokumentem do przyznania i rozliczenia świadczenia, dlatego powinien być wypełniony w sposób trwały, czytelny i złożony w Dziale Spraw Pracowniczych – Zespole Spraw Socjalnych (budynek B, pok. nr 117, tel. 61 856 93 99).

Jako wnioskodawca:

emeryt* rencista* doktorant*

zobowiązuję się do uiszczenia opłaty i należnego podatku za karnet na konto ZFŚS.

pracownik

upoważniam pracodawcę do potrącenia opłaty za karnet i należnego podatku z przysługującego mi wynagrodzenia i innych należności z tytułu zatrudnienia.

Przyjmuję do wiadomości, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla rozpatrzenia wniosków i prowadzenia postępowań dotyczących świadczeń z ZFŚS.

Do wniosku dołączam podpisany Formularz wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych (osób zgłoszonych we wniosku) przez MEDICOVER SPORT sp. z o.o.

.....
data i podpis pracownika

.....
data i podpis wnioskodawcy

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu z siedzibą w (61-875) Poznaniu, przy al. Niepodległości 10 (dalej UEP). Z Inspektorem Ochrony Danych wyznaczonym przez Administratora można kontaktować się mailowo, pod adresem: rodo@ue.poznan.pl, a także pocztą tradycyjną pod adresem jw., z dopiskiem „do Inspektora Ochrony Danych”. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, c w celach związanych z rozpatrzeniem wniosku dotyczącego świadczeń z ZFŚS, w oparciu o adekwatne przepisy prawa oraz Regulamin ZFŚS. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w okresie określonym w Regulaminie ZFŚS oraz przepisach prawa. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla realizacji celów przetwarzania. Pani/Pana dane nie będą poddawane profilowaniu. UEP nie będzie przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Dane osobowe mogą zostać udostępnione organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa oraz powierzone na podstawie umowy powierzenia zawartej na piśmie podmiotom świadczącym usługi na zlecenie UEP.

* Niepotrzebne skreślić/odpowiednio wypełnić.

Wniosek jest podstawowym dokumentem do przyznania i rozliczenia świadczenia, dlatego powinien być wypełniony w sposób trwały, czytelny i złożony w Dziale Spraw Pracowniczych – Zespole Spraw Socjalnych (budynek B, pok. nr 117, tel. 61 856 93 99).