

Wnioskodawca 2

1. Imię i nazwisko											
2. PESEL											
3. Seria i nr dowodu osobistego											
4. Data ważności dowodu	d	d	m	m	r	r	r	r			
5. Adres zamieszkania											
6. Adres e-mail											
7. Numer telefonu											
8. Stanowisko											
9. Nazwa Pracodawcy											

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie w niniejszym Wniosku informacje są prawdziwe i kompletne, według stanu na dzień złożenia Wniosku. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. (NAU S.A.) na potrzeby weryfikacji informacji zawartych we Wniosku., w szczególności na kontakt z osobą obsługującą wynagrodzenie celem potwierdzenia zatrudnienia. Zobowiązuję się do aktualizacji swoich danych osobowych podanych we Wniosku w celu świadczenia usług przez NAU S.A. oraz oświadczam, że w przypadku ewentualnych późniejszych zmian danych osobowych, także będą one zgodne z prawdą. Oświadczam, że otrzymałam/em „Klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych”.

_____, dnia _____ r.
(miejscowość)

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Oświadczenia Wnioskodawcy

Wyrażenie zgód nr 1,2,3 jest dobrowolne, a ich udzielenie gwarantuje obniżenie kosztów pożyczki o 1%.

1. Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przeprowadzić Pani/Panu analizę potrzeb oraz przedstawić odpowiednie propozycje umów finansowych i ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. z siedzibą w Warszawie (00-379), Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, w celu marketingu produktów i usług oferowanych przez ww. podmiot w tym poprzez profilowanie w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.

TAK NIE

2. Dzięki tej zgodzie podmioty z grupy kapitałowej NAU będą mogły przedstawić Panu/Pani ofertę własnych usług

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy kapitałowej NAU, tj. NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa, w celach marketingowych oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez te podmioty w powyższych celach oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.

TAK NIE

3. Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przedstawić Panu/Pani ofertę za pomocą wiadomości elektronicznej lub połączenia głosowego.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej S.A. z siedzibą w Warszawie (00-379), Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33 w informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:

wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS)

TAK NIE

połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna oraz automatyczne systemy wywołujące IVR)

TAK NIE

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

WYPEŁNIA OSOBA OBSŁUGUJĄCA WYNAGRODZENIE

Niniejszym oświadczam, że Pan(i) _____, nr PESEL _____

4. Średnie miesięczne wynagrodzenie netto **Wnioskodawcy** z ostatnich 3 miesięcy wynosi _____ zł

5. Wnioskodawca zatrudniony jest od _____ roku.

6. **Forma zatrudnienia: umowa o pracę** → na czas nieokreślony na czas określony do dnia _____ umowa zlecenie

Zaświadcza się, że Wnioskodawca:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy | <input type="checkbox"/> nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy |
| <input type="checkbox"/> złożył wniosek o rozwiązanie stosunku pracy | <input type="checkbox"/> nie złożył wniosku o rozwiązanie stosunku pracy |
| <input type="checkbox"/> zakład pracy znajduje się w likwidacji | <input type="checkbox"/> zakład pracy nie znajduje się w likwidacji |
| <input type="checkbox"/> przebywa na urlopie na poratowanie zdrowia do _____ | <input type="checkbox"/> nie przebywa na urlopie na poratowanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> przebywa na zwolnieniu lekarskim pow. 30 dni | <input type="checkbox"/> nie przebywa na zwolnieniu lekarskim pow. 30 dni |

4. Wynagrodzenie Wnioskodawcy jest obciążone potrąceniami komorniczymi nie jest obciążone potrąceniami komorniczymi

(data)

(pieczęć zakładu pracy i czytelny podpis osoby upoważnionej do potwierdzania danych)



ZOBOWIĄZANIA DO SPŁACENIA POŻYCZKĄ NAU

L.p.	Nazwa Banku lub innej instytucji	Numer umowy	Numer rachunku do spłaty	Kwota pozostała do spłaty
1				
2				
3				
4				
5				

_____, dnia _____ r.
(miejsowość)

(czytelny podpis Wnioskodawcy 1)

(czytelny podpis Wnioskodawcy 2)