

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Dane dotyczące kandydata na członka Komisji Konkursowej na realizację zadania z zakresu ochrony i promocji zdrowia		
1.	Imię i nazwisko kandydata	
2.	Adres do korespondencji	
3.	Adres e- mail	
4.	Telefon kontaktowy	
Dane organizacji lub podmiotu zgłaszające kandydata		
1.	Nazwa organizacji/podmiotu	
2.	Forma prawna	
3.	Nazwa i nr dokumentu potwierdzający status prawny organizacji	
4.	Adres siedziby organizacji/podmiotu	
5.	Adres e-mail	
6.	Uzasadnienie kandydatury	
7.	Oświadczenie	<p>Oświadczam, że:</p> <p>Nasza organizacja w myśl art. 11. ust. 1 i 2 oraz art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie nie bierze udziału w otwartym konkursie ofert na realizację zadania z zakresu ochrony i promocji zdrowia w 2024 roku.</p> <p>.....</p> <p>/data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji, podmiotu/</p>
Pieczęć organizacji		<p>Data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji / podmiotu</p> <p>.....</p>
Oświadczenie kandydata		<p>Oświadczam, że</p> <ol style="list-style-type: none">Wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru członków Komisji Konkursowej w otwartym konkursie ofert.Deklaruję chęć udziału w komisji konkursowej w celu opiniowania ofert złożonych w otwartym konkursie ofert, który będzie ogłaszany przez Burmistrza Korfantowa na realizację zadania w zakresie ochrony i promocji zdrowia w 2024 roku. <p>.....</p> <p>/data i podpis kandydata/</p>

BURMISTRZ

mgr Janusz Wójcik