

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA/TKI DO PRAC W KOMISJACH KONKURSOWYCH  
POWOŁYWANYCH DO OPINIOWANIA OFERT ZŁOŻONYCH W OTWARTYCH KONKURSACH  
OFERT NA REALIZACJĘ ZADAŃ PUBLICZNYCH POWIATU WODZISŁAWSKIEGO W DZIEDZINIE  
OCHRONY I PROMOCJI ZDROWIA**

1.	<b>Imię i nazwisko kandydata/teki na członka Komisji Konkursowej:</b>	
2.	<b>Dane podmiotu, który wskazuje kandydata/tekę – nazwa, siedziba, nr KRS-u lub nr z innego rejestru:</b>	
	<b>RODZAJ PODMIOTU:</b>	<b>Zaznaczyć w kratce X</b>
	organizacja pozarządowa	
	osoba prawna lub jednostka organizacyjna działająca na podstawie przepisów o stosunku Państwa do kościołów i związków wyznaniowych	
	stowarzyszenie jednostek samorządu terytorialnego	
	spółdzielnia socjalna	
	spółka akcyjna, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością lub klub sportowy będący spółką	
3.	<b>Adres do kontaktu:</b>	
4.	<b>Telefon do kontaktu:</b>	
5.	<b>Adres e-mail:</b>	
<p>Oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.</li> <li>2) Jestem obywatelem RP i korzystam z pełni praw publicznych.</li> <li>3) Nie reprezentuję podmiotu biorącego udział w konkursie w zakresie tematycznym Komisji, do prac której zgłosiłem/am swój udział.</li> <li>4) Nie podlegam wyłączeniu określonymu w art. 24 Kodeksu postępowania administracyjnego.</li> <li>5) Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru członków Komisji Konkursowych w otwartym konkursie ofert na zadania publiczne Powiatu Wodzisławskiego.</li> <li>6) Wyrażam zgodę na nieodpłatny udział w pracach Komisji Konkursowej.</li> </ol> <p align="right">..... (data oraz czytelny podpis kandydata/teki)</p>		

Zgłaszam/my ww. kandydata/tkę na członka Komisji Konkursowej

**DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ WOLI POTWIERDZAJĄCE  
ZGŁOSZENIE KANDYDATA/TKI**

Imię i nazwisko osoby/osób upoważnionych	Podpisy i pieczętki lub czytelne podpisy osoby/osób upoważnionych
1)	1).....
2)	2) .....
3)	3) .....