Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego
Departament Ochrony Zdrowia
aleja IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce
telefon 41 395 10 36
fax 41 344 52 65
e-mail sekretariat.OZ@sejmik.kielce.pl

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**dla kandydata reprezentującego organizacje pozarządowe lub podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie do udziału w pracach komisji opiniującej oferty złożone w  otwartych konkursach ofert realizowanych przez Departament Ochrony Zdrowia na wsparcie zadań publicznych oraz złożonych z pominięciem otwartego konkursu ofert**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące kandydata na członka Komisji** | | | | | |
| **1.** | **Imię i nazwisko kandydata** | |  | | |
| **2.** | **Adres do korespondencji** | |  | | |
| **3.** | **Adres e-mail** | |  | | |
| **4.** | **Telefon kontaktowy** | |  | | |
| **5.** | **Krótka charakterystyka posiadanego doświadczenia** | |  | | |
| **Dane organizacji lub podmiotu zgłaszającego kandydata** | | | | | |
| **1.** | **Nazwa, adres organizacji/podmiotu** |  | | | |
| **2.** | **Nr KRS** |  | | | |
| **3.** | **Adres e-mail** |  | | | |
| **4.** | **Osoby uprawnione do reprezentacji organizacji/podmiotu** | **Imię i nazwisko** | | **Funkcja** | **Czytelny podpis** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| ………………………………………………………….  (czytelny podpis prezesa/przewodniczącego organizacji) | | | | | |
| **Oświadczam, że:**   1. Wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. 2. Przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z:  * rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzanie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z późn.zm.), * ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U.2019.1781).  1. Jestem obywatelem RP i korzystam z pełni praw publicznych. 2. Posiadam minimum roczne doświadczenie w zakresie realizacji zadań zlecanych. | | | | | |
| ………..……………………………………..  (czytelny podpis kandydata) | | | | | |