

.....
(pieczętka organizacji/podmiotu zgłaszającego kandydata)

Formularz zgłoszeniowy kandydata do komisji konkursowej powoływanej przez Zarząd Powiatu Pabianickiego do opiniowania ofert złożonych w otwartym konkursie ofert na realizację zadań publicznych w zakresie ochrony i promocji zdrowia

Informacje o kandydacie			
Imię i nazwisko kandydata na członka komisji konkursowej			
Data urodzenia			
Adres do kontaktu			
ul.		Miejscowość:	
Kod pocztowy:	Telefon/fax:		Adres e-mail:
Opis doświadczenia kandydata w zakresie działalności organizacji/podmiotów o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie			

Oświadczam, że:

1. Jestem obywatelem RP i korzystam z pełni praw publicznych.
2. Oświadczam, iż podane wyżej dane są prawdziwe i zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r., poz. 922) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu naboru członków komisji konkursowej w otwartym konkursie ofert Powiatu Pabianickiego.
3. Wyrażam zgodę na udział w pracach komisji konkursowej powoływanej przez Zarząd Powiatu Pabianickiego do opiniowania ofert złożonych w otwartych konkursach ofert na realizację zadań publicznych.
4. Zapoznałem się z zasadami udziału w komisjach konkursowych Powiatu Pabianickiego.

Podpis kandydata na członka komisji:	Miejscowość i data:
---	----------------------------

**Zapoznaliśmy się z zasadami udziału osób wskazanych przez organizacje pozarządowe/podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie w komisjach konkursowych Powiatu Pabianickiego.
Zgłaszamy ww. kandydata na członka komisji konkursowej Powiatu Pabianickiego.**

Podpisy i pieczętki osób reprezentujących organizację lub podmiot dokonujący zgłoszenia	Miejscowość i data:
--	----------------------------