**Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – DEKLARACJA UCZESTNICTWA   
W PRACACH KOMISJI KONKURSOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | |
| **5.** | **Nazwa, adres organizacji/podmiotu (nr KRS)** |  | | | |
| **9.** | **Adres e-mail** |  | | | |
| **14.** | **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. **Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2014 r. poz. 1182) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb wyboru do udziału w komisji konkursowej do opiniowania ofert     w otwartym konkursie ofert na realizacje zadań publicznych ogłaszanych w ramach działań Departamentu Ochrony Zdrowia** | | | | | |
| **……………………………………………..**  (czytelny podpis kandydata) | | | | | |