**Załącznik**

**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** | | | |
| **6.** | Nazwa, adres organizacji/podmiotu (nr KRS) |  | |
| **7.** | Adres e-mail |  | |
| **………………………………………………………….**  (czytelny podpis przedstawiciela 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 (t.j. Dz. U. 2015 r. poz. 1309 z późn. zm.). 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) | | | |