**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) |