FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA NA CZŁONKA KOMISJI KONKURSOWEJ

POWOŁANEJ CELEM OPINIOWANIA OFERT ZGŁOSZONYCH W OTWARTYM KONKURSIE OFERT

NA REALIZACJĘ ZADAŃ PUBLICZNYCH MIASTA BIAŁOGARD W ………… ROKU

w zakresie pomocy społecznej, ochrony i promocji zdrowia oraz przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA NA CZŁONKA KOMISJI | | |
| I. | **Podmiot zgłaszający kandydata** |  |
| II. | **Imię i nazwisko kandydata** |  |
| III. | **Telefon kontaktowy kandydata** |  |
| IV. | **Adres e-mail kandydata** |  |
| V. | **Opis doświadczenia kandydata** |  |
| Oświadczam, że:   1. Wyżej wymienione dane są zgodnie ze stanem prawnym i faktycznym; 2. Jestem obywatelem RP i korzystam z pełni praw publicznych; 3. Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu zgłoszenia kandydatury na członka komisji konkursowej powołanej celem opiniowania ofert zgłoszonych w otwartym konkursie ofert na realizację zadań publicznych Miasta Białogard w ………. roku. | | |
| ……………………………………………………………….  *(data i czytelny podpis kandydata)*    ………………………………………………………………  *(data, pieczątka i czytelny podpis przedstawiciela podmiotu zgłaszającego)* | | |