

Załącznik Nr 2 do ogłoszenia Nr .....3/2018

Zarządu Powiatu Pszczyńskiego

z dnia 18 września 2018 r.

.....  
Imię i nazwisko

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- a) jestem obywatelami RP i korzystam z pełni praw publicznych;
- b) mój udział w pracach Komisji Konkursowej nie powoduje konfliktu interesów w stosunku do oferentów uczestniczących w konkursie ofert oraz nie podlegam wyłączeniu określonymu w art. 24 Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1257 z późn. zm.),
- c) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000);
- d) zapoznałem/am się i akceptuję kryteria oceny ofert zamieszczonych w ogłoszeniu o konkursie na realizację zadań publicznych z zakresu zdrowia publicznego na rzecz mieszkańców Powiatu Pszczyńskiego na rok 2018, wynikających z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

.....  
Data i podpis