

Załącznik Nr 2 do ogłoszenia Nr212019.....

Zarządu Powiatu Pszczyńskiego

z dnia 30 kwietnia 2019 r.

OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko

Oświadczam, że:

- a) jestem obywatelem 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 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.);
- c) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1);
- 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 w 2019 roku, wynikających z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.

.....
Data i podpis