Załącznik Nr 1 do ogłoszenia Nr 2/2019  
Zarządu Powiatu Pszczyńskiego  
z dnia 30 kwietnia 2019 r.

**Zgłoszenie przedstawiciela do komisji konkursowej opiniującej oferty w konkursie ofert na realizację zadań publicznych z zakresu zdrowia publicznego na rzecz mieszkańców powiatu pszczyńskiego w 2019 roku.**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko kandydata |  |
| Nazwa organizacji |  |
| Numer KRS |  |
| Adres siedziby |  |
| Adres kandydata do korespondencji |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Uzasadnienie kandydatury |  |

1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu, 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);

2) Dane osobowe osoby zgłaszanej są przetwarzane dobrowolnie i są zbierane w celu wyłonienia członków komisji konkursowej. Dane będą przetwarzane w Starostwie Powiatowym w Pszczynie, ul. 3 Maja 10. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do tych danych oraz ich poprawienia

……………………  
Podpis kandydata

Jednocześnie oświadczam/ oświadczamy, że:

1) podmiot zgłaszający prowadzi działalność społecznie użyteczną na terenie Powiatu Pszczyńskiego;

2) podmiot zgłaszający nie będzie aplikował o środki finansowe w ramach wybranego zakresu.

………………………………………….

Podpis upoważnionych przedstawicieli podmiotu zgłaszającego kandydata