

Załącznik Nr 1 do ogłoszenia Nr .....212019.....

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) kandydat podlega wyłączeniu z oceny ofert dotyczących zadań, w których podmiot zgłaszający go złożył oferty

.....

Podpis upoważnionych przedstawicieli organizacji pozarządowej