

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

kandydata organizacji pozarządowej lub podmiotu wymienionego w art. 3. ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 571) na członka Komisji Konkursowej do opiniowania ofert złożonych w otwartym konkursie ofert nr 4/2024 na wykonywanie zadań publicznych Samorządu Powiatu Rypińskiego w 2024 roku w zakresie ochrony i promocji zdrowia oraz wspierania osób niepełnosprawnych

DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA NA CZŁONKA KOMISJI KONKURSOWEJ	
<b>Imię i nazwisko kandydata:</b>	
<b>Dane kontaktowe kandydata:</b> (adres do korespondencji, tel., e-mail)	
<b>Funkcja pełniona w organizacji pozarządowej/podmiocie:</b>	
<b>Nazwa organizacji pozarządowej/podmiotu:</b> (proszę podać pełną nazwę organizacji pozarządowej/podmiotu)	
<b>Zakres działalności statutowej organizacji pozarządowej/podmiotu:</b>	
<b>Opis doświadczeń i umiejętności kandydata, które będą przydatne w pracach komisji konkursowej:</b>	

Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych własnoręcznym podpisem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru na członka komisji konkursowej oraz przeprowadzanej procedury otwartego konkursu ofert, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, 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 uchyleniem dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis kandydata)

### Załączniki:

1. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiednio wyciąg z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny podmiotu, wskazującego kandydata na członka Komisji.

<b>Pieczętka imienna lub czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji pozarządowej/podmiotu, z ramienia którego występuje kandydat</b>	
---	--