

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

kandydata organizacji pozarządowej lub podmiotu wymienionego w art. 3. ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817 z późn. zm.)
na członka Komisji konkursowej
do opiniowania ofert złożonych w otwartym konkursie ofert na zlecenie realizacji zadań publicznych w 2017 r. z zakresu pomocy społecznej dotyczących prowadzenia Domu Pomocy Społecznej na terenie Powiatu Wrocławskiego dla osób przewlekle somatycznie chorych

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

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 ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922)

.....
(miejsowość, 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.

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