

FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Kandydata organizacji pozarządowej lub podmiotu wymienionego w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności
pożytku publicznego i o wolontariacie na członka komisji konkursowej w celu opiniowania ofert
złożonych w ramach otwartego konkursu ofert
Ochrona zdrowia i wsparcie dla osób chorych i niepełnosprawnych z terenu miasta Świdwin

DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA NA CZŁONKA KOMISJI	
Imię i nazwisko kandydata:	
Dane kontaktowe kandydata: (adres do korespondencji, tel. kontaktowy, email)	
Funkcja pełniona w organizacji pozarządowej:	
Pełna nazwa organizacji pozarządowej/podmiotu i adres siedziby	
Informacje o kandydacie potwierdzające kompetencje do opiniowania ofert w otwartych konkursach ofert (doświadczenie zawodowe, doświadczenie społeczne, praktyka)	
OŚWIADCZENIA	
Oświadczam, że: 1. wyżej wymienione dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, 2. jestem obywatelem/obywatelką RP i korzystam w pełni z praw publicznych oraz przyjmuję do wiadomości, że: – administratorem zebranych danych jest Burmistrz Miasta z siedzibą w Urzędzie Miasta Świdwin, plac Konstytucji 3 Maja 1, 78 – 300 Świdwin – dane są przetwarzane w celu udziału w komisjach konkursowych do opiniowania ofert w otwartych konkursach ofert ogłaszanych przez Burmistrza Miasta Świdwin, – podanie danych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w komisjach konkursowych opiniujących oferty w otwartych konkursach ofert, – na zasadach określonych RODO posiadam prawo do żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych.	
_____ Czytelny podpis kandydata	
Imię i nazwisko, funkcja, czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji pozarządowej/podmiotu z ramienia którego występuje kandydat.	