**Formularz zgłoszenia kandydata do pracy w Komisji Konkursowej**

**w obszarze ochrony i promocji zdrowia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące kandydata na członka komisji** | | |
| 1. | Imię i nazwisko członka Komisji |  |
| 2. | Telefon kontaktowy , e- mail |  |
| 3. | Nazwa organizacji/ podmiotu oraz nr KRS |  |
| 4. | Zakres prowadzonej działalności przez organizację |  |
| 5. | Funkcja w organizacji |  |
| 6\* | Potwierdzenie zgłoszenia przez organizację  Podpis i pieczęcie Zarządu |  |

**\*-** potwierdzenia zgłoszenia dokonuje uprawniony przedstawiciel zarządu organizacji.

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.   
z 2014 poz. 1182 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji wyboru członków komisji konkursowej oraz przeprowadzenia procedury otwartego konkursu ofert.

.............................................................

Podpis kandydata na Członka Komisji