

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA
PRZEDSTAWICIELA ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ
NA CZŁONKA ZESPOŁU INTERDYSCYPLINARNEGO W KOŁBIELI**

Deklaruję udział w pracach Gminnego Zespołu Interdyscyplinarnego w Kołbieli:

IMIĘ I NAZWISKO	
Nazwa organizacji pozarządowej, reprezentowanej przez kandydata (nr KRS)	
Telefon kontaktowy	
E-mail kontaktowy	
Zakres działalności statutowej	
Opis doświadczenia kandydata w zakresie przeciwdziałania pomocy domowej	

Potwierdzam prawdziwość podanych powyżej danych własnoręcznym podpisem:

.....

Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. Z 2019r poz.1781) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu wyboru członków Zespołu Interdyscyplinarnego w Kołbieli.

Podpis kandydata na członka Zespołu Interdyscyplinarnego w Kołbieli	
Data i miejscowość	
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji/podmiotu, z ramienia, których występuje kandydat	