

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### na członka Komisji Konkursowej

opiniującej oferty złożone w otwartym konkursie ofert na realizację zadań publicznych Gminy Świnna w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w sferze ochrony i promocji zdrowia w 2024 r.

**Nazwa i adres organizacji pozarządowej/podmiotu wskazującej/wskazującego kandydata**

--

#### Dane adresowe kandydata

Imię i nazwisko		
Adres do korespondencji		
telefon, e-mail		

**Oświadczam, że w/w organizacja nie składa oferty w ogłoszonym konkursie ofert, na realizację zadań publicznych Gminy Świnna w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w sferze ochrony i promocji zdrowia w 2024 r.**

<b>Pieczęć organizacji/podmiotu</b>	<b>Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji organizacji/podmiotu</b>

**Wyrażam zgodę na udział w komisji konkursowej.**

<b>Data wypełnienia formularza</b>	<b>Podpis zgłaszającego kandydata</b>