

Formularz zgłoszenia przedstawiciela organizacji pozarządowej na członka Zespołu Interdyscyplinarnego w Gminie Wieluń

Imię i nazwisko kandydata na członka Zespołu Interdyscyplinarnego	
Nazwa organizacji pozarządowej reprezentowanej przez kandydata (nr KRS)	
Telefon kontaktowy	
E-mail kontaktowy	
Zakres działalności statutowej	

Potwierdzam prawdziwość podanych wyżej danych własnoręcznym podpisem:

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania organizacji/podmiotu, która wskazuje kandydata

Deklaruję udział w pracach Zespołu Interdyscyplinarnego i oświadczam, że zapoznałem się z Informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych członków Zespołu Interdyscyplinarnego oraz kandydatów na członków w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Wieluniu dostępną pod adresem <https://bip-mgops.um.wielun.pl/res/serwisy/pliki/33001010?version=1.0>

Podpis kandydata na członka Zespołu Interdyscyplinarnego:	
Data i miejscowość	