**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**deklaracja uczestnictwa w pracach komisji konkursowej powołanej do zaopiniowania ofert na realizację w 2024 roku zadań publicznych Powiatu Gryfińskiego z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące kandydata na członka komisji** | | | |
| 1. | Imię i nazwisko |  | |
| 2. | Adres do korespondencji |  | |
| 3. | Telefon kontaktowy,  e-mail |  | |
| **Dane organizacji lub podmiotu zgłaszającego kandydata** | | | |
| 1. | Nazwa organizacji/podmiotu |  | |
| 2. | Adres siedziby  organizacji/podmiotu |  | |
| **Uzasadnienie kandydatury** | | | |
|  | | | |
| Pieczęć organizacji/podmiotu | | | Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji organizacji/podmiotu |
|  | | |  |
| Data wypełnienia formularza | | | Podpis zgłaszanego kandydata |
|  | | |  |

Wypełniony i podpisany formularz należy dostarczyć drogą pocztową lub osobiście do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Gryfinie ul. Łużycka 91, pok. 6, w terminie **do dnia 31 maja 2024 r**.