

## 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**

<b>Dane dotyczące kandydata na członka komisji</b>		
1.	Imię i nazwisko	
2.	Adres do korespondencji	
3.	Telefon kontaktowy, e-mail	
<b>Dane organizacji lub podmiotu zgłaszającego kandydata</b>		
1.	Nazwa organizacji/podmiotu	
2.	Adres siedziby organizacji/podmiotu	
<b>Uzasadnienie kandydatury</b>		
Pieczeń 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.**