

OGŁOSZENIE NR 2/2020
ZARZĄDU POWIATU PSZCZYŃSKIEGO

z dnia 9 września 2020 r.

w sprawie ogłoszenia o naborze członków Komisji Konkursowej opiniującej oferty w konkursie ofert na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego na rzecz mieszkańców Powiatu Pszczyńskiego w 2020 roku.

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 oraz art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 920), art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2365 z późn. zm.):

- 1) Zarząd Powiatu Pszczyńskiego ogłasza nabór na członków Komisji Konkursowej opiniującej oferty w konkursie ofert na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego na rzecz mieszkańców Powiatu Pszczyńskiego w 2020 roku.
- 2) Kandydatów na członków Komisji Konkursowej mogą zgłaszać podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2365 z późn. zm.).
- 3) Kandydaci zgłoszeni do udziału w pracach Komisji Konkursowej muszą spełniać łącznie następujące kryteria:
 - a) są obywatelami RP i korzystają z pełni praw publicznych;
 - b) nie podlegają wyłączeniu określonemu w art. 24 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 256 z późn. zm.);
 - c) wyrażają zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1);
 - d) zapoznały się i akceptują kryteria oceny ofert zamieszczone w ogłoszeniu o konkursie na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego na rzecz mieszkańców Powiatu Pszczyńskiego w 2020 roku.
- 4) Kandydatów można zgłaszać na formularzu stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego ogłoszenia, w terminie **od dnia 9 września 2020 roku do dnia 14 września 2020 roku**. Formularz należy dostarczyć w formie listownej na adres: Starostwo Powiatowe w Pszczynie, ul. 3 Maja 10, 43-200 Pszczyna lub za pośrednictwem skrzynki podawczej "POZOSTAŁE SPRAWY", znajdującej się w budynku Starostwa Powiatowego w Pszczynie (wejście od ul. 3 Maja) bądź w formie elektronicznej poprzez platformy elektroniczne ePUAP lub SEKAP. W obu przypadkach decyduje data wpływu do tutejszego Urzędu.
- 5) Udział w posiedzeniach Komisji Konkursowej jest nieodpłatny. Za udział w posiedzeniach Komisji Konkursowej nie przysługuje zwrot kosztów podróży.
- 6) W przypadku zakwalifikowania Kandydata do udziału w pracach Komisji Konkursowej, osoba ta zobowiązana jest do wypełnienia oświadczenia stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego ogłoszenia.

Załącznik Nr 1 do ogłoszenia Nr 2/2020
Zarządu Powiatu Pszczyńskiego
z dnia 9 września 2020 r.

Zgłoszenie przedstawiciela do Komisji Konkursowej opiniującej oferty w konkursie ofert na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego na rzecz mieszkańców Powiatu Pszczyńskiego w 2020r.

| | |
|-----------------------------------|--|
| Imię i nazwisko kandydata | |
| Nazwa organizacji | |
| Numer KRS | |
| Adres siedziby | |
| Adres kandydata do korespondencji | |
| Telefon kontaktowy | |
| Uzasadnienie kandydatury | |

- 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1). Dane osobowe osoby zgłaszanej są przetwarzane dobrowolnie i są zbierane w celu wyłonienia członków Komisji Konkursowej. Dane będą przetwarzane w Starostwie Powiatowym w Pszczynie, ul. 3 Maja 10. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do tych danych oraz ich poprawienia
- 2) Oświadczam, że jestem obywatelem RP i korzystam z pełni praw publicznych.
- 3) Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję kryteria oceny ofert zamieszczonych w ogłoszeniu o konkursie na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego na rzecz mieszkańców Powiatu Pszczyńskiego w 2020 roku.

.....
podpis kandydata

Jednocześnie oświadczam/ oświadczamy, że:

- 1) podmiot zgłaszający prowadzi działalność społecznie użyteczną na terenie Powiatu Pszczyńskiego;
- 2) kandydat podlega wyłączeniu z oceny ofert złożonych przez podmiot zgłaszający go.

.....

Podpis upoważnionych przedstawicieli organizacji pozarządowej

Załącznik Nr 2 do ogłoszenia Nr 2/2020
Zarządu Powiatu Pszczyńskiego
z dnia 9 września 2020 r.

OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko Członka Komisji Konkursowej

Oświadczam, że mój udział w pracach Komisji Konkursowej nie powoduje konfliktu interesów w stosunku do oferentów uczestniczących w konkursie ofert oraz nie podlegam wyłączeniu określonymu w art. 24 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 256 z późn. zm.).

.....
Data i podpis Członka Komisji Konkursowej