### Konkurs

### Wielkopolski Lekarz z Sercem im. Kazimierza Hołogi

### K A R T A Z G Ł O S Z E N I A

Dane kandydata do konkursu: \*

**....................................................................................................................................**

(imię i nazwisko\*, tytuł, stanowisko kandydatki/kandydata do wyróżnienia)

**..........................................................................................................................................................**

(miejsce pracy)

**..........................................................................................................................................................**

(adres: pracy, prowadzonej działalności lub zamieszkania\*)

**..........................................................................................................................................................**

(telefon kontaktowy\*, adres e-mail\*)

\*UWAGA w przypadku gdy kandydatem jest osoba fizyczna proszę wyrazić poniższą zgodę, niewyrażenie zgody uniemożliwi rozpatrzenie karty zgłoszenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922) przez administratora, którym jest Województwo Wielkopolskie z siedzibą Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, do celów przeprowadzenia niniejszego konkursu. Dane są przekazywane dobrowolnie, a osobie, która wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo wglądu, kontroli i poprawiania swoich danych.

………………… …………………

##  data / miejscowość podpis kandydata

Dane jednostki zgłaszającej: \*

Imię i nazwisko:\* .......................................................................................................................................................

Nazwa instytucji:.........................................................................................................................................................

Adres\*...........................................................................................................................................................................

Telefonu\*, faks:.......................................................

E-mail: \*....................................................................

......................... ...........................................

##  data / miejscowość pieczątka/podpis zgłaszającego

\*UWAGA w przypadku osoby fizycznej zgłaszającej kandydata proszę wyrazić poniższą zgodę, niewyrażenie zgody uniemożliwi rozpatrzenie karty zgłoszenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922) przez administratora, którym jest Województwo Wielkopolskie z siedzibą Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań, do celów przeprowadzenia niniejszego konkursu. Dane są przekazywane dobrowolnie, a osobie, która wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo wglądu, kontroli i poprawiania swoich danych.

………………… ………………………

##  data / miejscowość podpis zgłaszającego

**Wypełnioną Kartę Zgłoszenia prosimy przesłać pocztą elektroniczną na adres:
(** **zdrowie@umww.pl** **) lub pocztą na adres: Departament Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego, al. Niepodległości 34, 61 – 714 Poznań – z dopiskiem**

**Konkurs Wielkopolski Lekarz z Sercem**

### Konkurs

### Wielkopolski Lekarz z Sercem im. Kazimierza Hołogi

### UZASADNIENIE ZGŁOSZENIA

***U W A G A !!!* Prosimy wypełnić załącznik z uzasadnieniem zgłoszenia**

**(wskazanie szczególnych dokonań w działalności pozazawodowej/społecznej).**

......................... ...........................................

## data / miejscowość pieczątka / podpis zgłaszającego