

Formularz zgłoszeniowy instytucji do projektu „Z prawem na TY!”

(formularz wypełniany raz - w chwili przystąpienia podmiotu do wsparcia w ramach projektu)

Projekt o numerze POWR.02.16.00-00-0105/19, który jest realizowany przez Stowarzyszenie Wspierania Organizacji Pozarządowych MOST, został dofinansowany w ramach działania 2.16 „Usprawnienie procesu stanowienia prawa”.

Zakres danych zgodny z załącznikiem nr I do Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. U. UE. z 2013 r. L 347/470):

| | | | |
|-------------------|-----|-----------------------------------|--|
| Dane podstawowe | 1. | Nazwa instytucji (pełna nazwa) | |
| | 2. | NIP ¹ | |
| | 3. | REGON ² | |
| | 4. | KRS ³ | |
| | 5. | Typ instytucji | <input type="checkbox"/> Stowarzyszenie <input type="checkbox"/> Fundacja <input type="checkbox"/> Spółdzielnia socjalna <input type="checkbox"/> Kościelna osoba prawna <input type="checkbox"/> Spółka z o.o. non-profit <input type="checkbox"/> Klub sportowy <input type="checkbox"/> Inny (jaki) |
| | 6. | Kraj | |
| Dane teleadresowe | 7. | Województwo | |
| | 8. | Powiat | |
| | 9. | Gmina | |
| | 10. | Miejscowość | |
| | 11. | Kod pocztowy | |
| | 12. | Ulica | |
| | 13. | Numer budynku | |
| | 14. | Numer lokalu | |
| | 15. | Telefon kontaktowy | |
| | 16. | Adres e-mail | |

¹ podać numer lub wpisać BRAK

² podać numer lub wpisać BRAK

³ podać numer lub wpisać BRAK

| W imieniu instytucji | | |
|---|--|--------------------|
| (pełna nazwa instytucji) | | |
| Ja niżej podpisany/a | | |
| (imię i nazwisko) | | |
| Pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą: | | |
| <ul style="list-style-type: none">• Oświadczam, że zgodnie z wymogami instytucja, którą reprezentuję jest uprawniona do uczestnictwa w projekcie.• Oświadczam, że wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.• Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.• Wyrażam zgodę na przekazywanie do instytucji, którą reprezentuję, informacji drogą elektroniczną (poczta e-mail) oraz drogą telefoniczną. | | |
| Data | Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania instytucji | Pieczęć instytucji |
| | | |

Deklaracja uczestnictwa w projekcie

„Z prawem na TY!”

w ramach działania 2.16 Usprawnienie procesu stanowienia prawa

| W imieniu instytucji | | |
|---|--|--------------------|
| (pełna nazwa instytucji) | | |
| Oświadczam/my, iż wyrażam/my wolę uczestnictwa w projekcie „Z prawem na TY!” przewidzianego do realizacji przez Stowarzyszenie Wspierania Organizacji Pozarządowych MOST w ramach Działania 2.16 POWER | | |
| Oświadczam/my, iż podmiot spełnia kryteria kwalifikacyjne uprawniające do udziału w projekcie określone w regulaminie projektu „Z prawem na TY!”. | | |
| Oświadczam/my, że zapoznałem/zapoznaliśmy się z Regulaminem projektu oraz akceptuję/akceptujemy jego postanowienia, w tym warunki uczestnictwa w projekcie. | | |
| POUCZENIE: | | |
| Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 286 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat za przestępstwo oszustwa. | | |
| Miejscowość i data | Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania instytucji | Pieczęć instytucji |
| | | |

Delegacja członka organizacji pozarządowej/wolontariusza do uczestnictwa w projekcie

„Z prawem na TY!”

w ramach działania 2.16 Usprawnienie procesu stanowienia prawa

W imieniu instytucji

.....
(pełna nazwa instytucji)

W projekcie „Z prawem na TY!” będzie brał udział:

| | | | |
|--------------------|--|-----------------------|--|
| Dane uczestnika | 1. | Imię | |
| | 2. | Nazwisko | |
| | 3. | PESEL | |
| | 4. | Funkcja w organizacji | <input type="checkbox"/> członek zarządu organizacji <input type="checkbox"/> członek organizacji <input type="checkbox"/> wolontariusz <input type="checkbox"/> stały współpracownik <input type="checkbox"/> inne: |
| Miejscowość i data | Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania instytucji | | Pieczęć instytucji |
| | | | |

Delegacja członka organizacji pozarządowej/wolontariusza do uczestnictwa w projekcie

„Z prawem na TY!”

w ramach działania 2.16 Usprawnienie procesu stanowienia prawa

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| W imieniu instytucji | | | |
| (pełna nazwa instytucji) | | | |
| W projekcie „Z prawem na TY!” będzie brał udział: | | | |
| Dane uczestnika | 1. | Imię | |
| | 2. | Nazwisko | |
| | 3. | PESEL | |
| | 4. | Funkcja w organizacji | <input type="checkbox"/> członek zarządu organizacji <input type="checkbox"/> członek organizacji <input type="checkbox"/> wolontariusz <input type="checkbox"/> stały współpracownik <input type="checkbox"/> inne: |
| Miejscowość i data | Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania instytucji | | Pieczęć instytucji |
| | | | |

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystywanie moich danych osobowych zawierających dane kontaktowe do realizacji projektów. Podanie danych jest dobrowolne. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Dane osobowe mogą być udostępnione partnerem, kontrahentom i klientom Stowarzyszenia MOST w celu nawiązania kontaktu oraz instytucjom kontrolnym w celu sprawdzenia prawidłowości realizacji projektu.

.....
Data i podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych **w postaci wizerunku, w celu realizacji i promocji działań statutowych w tym publikacji zdjęć**. Podanie danych jest dobrowolne. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda.

.....
Data i podpis

Obowiązek informacyjny

Administratorem danych osobowych jest

Stowarzyszenie Wspierania Organizacji Pozarządowych MOST

Ul. Kopernika 26

40-064 Katowice

Posiadają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie w przypadkach i na warunkach określonych w Rozporządzeniu Ogólnym. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem dotychczasowego przetwarzania.

Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uznają Państwo, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się z naruszeniem przepisów Rozporządzenia Ogólnego.

W sprawach dotyczących danych osobowych prosimy o kontakt na adres most@mostkatowice.pl