# 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]](#footnote-1)** |  |
| **3.** | **REGON[[2]](#footnote-2)** |  |
| **4.** | **KRS[[3]](#footnote-3)** |  |
| **5.** | **Typ instytucji** | **☐ Stowarzyszenie****☐ Fundacja****☐ Spółdzielnia socjalna****☐ Kościelna osoba prawna****☐ Spółka z o.o. non-profit****☐ Klub sportowy****☐ 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** |  |
| W imieniu instytucji |  |  |
|  | (pełna nazwa instytucji) |  |
| Ja niżej podpisany/a |  |  |
|  | (imię i nazwisko) |  |
| **Pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą**:* 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 POWEROświadczam/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** | ☐ członek zarządu organizacji☐ członek organizacji☐ wolontariusz☐ stały współpracownik☐ 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** | ☐ członek zarządu organizacji☐ członek organizacji☐ wolontariusz☐ stały współpracownik☐ inne: ………………………………………………. |
| Miejscowość i data | Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania instytucji | Pieczęć instytucji |
|  |  |  |

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

**osoby reprezentującej organizację**

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, podwykonawcom Stowarzyszenia MOST w związku z realizacją celu zgody tj. umożliwienia kontaktu Stowarzyszeniu MOST w sprawie informacji o prowadzonych działaniach statutowych 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

1. podać numer lub wpisać BRAK [↑](#footnote-ref-1)
2. podać numer lub wpisać BRAK [↑](#footnote-ref-2)
3. podać numer lub wpisać BRAK [↑](#footnote-ref-3)