Okręgowa  Komisja Wyborcza w Gdańsku

**KARTA ZGŁOSZENIA KANDYDATA NA DELEGATA**

**NA OKRĘGOWY ZJAZD LEKARZY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

imię kandydata

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

nazwisko kandydata

□ LEKARZ □ LEKARZ DENTYSTA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

nr prawa wykonywania zawodu

Kandydat na delegata na okręgowy zjazd lekarzy kadencji 2013-2017 r. w rejonie wyborczym nr … nazwa ……………… …………………….…………………………………

|  |
| --- |
| Wyrażam zgodę na kandydowanie na delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy w Gdańsku kadencji 2013-2017 w rejonie wyborczym nr ..…….. nazwa ……………………………………………………………………………………………………................................................ podpis kandydata |

|  |
| --- |
| Oświadczam, że nie jestem karany oraz że nie istnieją okoliczności, które w myśl obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej i innych przepisów stanowią przeszkodę w pełnieniu mandatu delegata oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie i publikowanie moich danych osobowych przez okręgową komisję wyborczą, zgodnie z regulaminem wyborów................................................... podpis kandydata   |
| Proszę o publikację w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku: (zaznaczyć)○ mojego zdjęcia ○ roku uzyskania przeze mnie dyplomu lekarza lub lekarza dentysty○ tytułu i stopnia naukowego○ posiadanych specjalizacji ○ miejsca wykonywania zawodu lub informacji o niewykonywaniu zawodu○ informacji o funkcjach pełnionych w samorządzie○ adresu mojej poczty elektronicznej i/lub nr telefonu○ informacji o dotychczasowym przebiegu mojej pracy zawodowej, tj:…………………………………..……………………○ informacji o mojej aktywności pozazawodowej w zakresie działalności publicznej, tj……………….………………………○ zwięzłej informacji o zamierzonej przeze mnie działalności w samorządzie lekarzy w przyszłej kadencji. tj. ………………………………………………………………………………………………………………………………….................................................... podpis kandydata   |

\* wypełnić również w przypadku osobistego zgłaszania swojej kandydatury

Zgłaszający\*:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

imię

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nazwisko

□ LEKARZ □ LEKARZ DENTYSTA

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

nr prawa wykonywania zawodu

członek rejonu wyborczego nr ……, nazwa …………………………….

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

pieczątka lekarska i podpis zgłaszającego