

**Formularz zgłoszenia kandydata na członka Rady Lubuskiego Oddziału
Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze (zwaną dalej
Radą) przez organizację pacjentów działającą na rzecz praw pacjenta**

WYPEŁNIA ORGANIZACJA PACJENTÓW		
Dane organizacji		
1.	Nazwa organizacji	
2.	Adres siedziby	
3.	Adres e-mail	
5.	Telefon	
Dane zgłaszanego kandydata na członka Rady		
1.	Imię i nazwisko	
2.	Adres do korespondencji	
3.	Adres e-mail	
4.	Telefon kontaktowy	
Uzasadnienie kandydatury:		
Data: _____ pieczęć organizacji i podpis osoby upoważnionej		

Załączone dokumenty:

Oświadczenie kandydata na członka Rady – **podpisane przez kandydata.**