

**UCHWAŁA NR .....**  
**SEJMIKU WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO**

z dnia .....

**w sprawie wyboru przedstawicieli do składu Rady Społecznej działającej  
w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego Samodzielnym Publicznym Zakładzie  
Opieki Zdrowotnej w Łomży**

Na podstawie art. 18 pkt 20 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2017 r., poz. 2096 z późn. zm.<sup>1</sup>) oraz art. 48 ust. 6 pkt 2 lit. b tiret drugie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 z późn. zm.<sup>2</sup>), uchwala się co następuje:

§ 1. Wybiera się następujących przedstawicieli do składu Rady Społecznej działającej w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łomży:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Podlaskiego.

§ 3. Traci moc uchwała Nr XXXIX/474/14 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 28 kwietnia 2014 r. w sprawie wyboru przedstawicieli do składu Rady Społecznej działającej przy Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łomży.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od dnia 6 maja 2018 r.

<sup>1</sup> zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2017 r., poz. 1566 i z 2018 r., poz. 130,

<sup>2</sup> zmiana tekstu jednolitego wymienionej ustawy została ogłoszona w Dz.U. z 2018 r., poz. 138.

DYREKTOR  
Departament Zdrowia  
Katarzyna Kajkowska

Działalność  
Białystok, dn. 26.03.2018  
Rada  
Zm.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**  
**KANDYDATA NA CZŁONKA RADY SPOŁECZNEJ**  
**DZIAŁAJĄCEJ W .....**

**I. Dane dotyczące kandydata na członka rady społecznej:**

1. Imię i nazwisko kandydata .....
2. Adres do korespondencji .....
3. tel. ....

**II. Deklaracje kandydata:**

- 1) Oświadczam, że nie jestem zatrudniona/y w .....  
nazwa podmiotu leczniczego

i wyrażam zgodę na powołanie mnie do rady społecznej działającej w tym Zakładzie.

- 2) Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- a) administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Podlaskiego (Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w Białymstoku), ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 1, 15-888 Białystok;
- b) moje dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia naboru do rady społecznej oraz w celu realizacji zadań rady społecznej – w przypadku powołania mnie w jej skład; Dane w zakresie imienia i nazwiska przedstawiciela/członka rady społecznej będą opublikowane w BIP Województwa Podlaskiego;
- c) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
- d) podanie danych jest dobrowolne.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis

Formularz należy złożyć do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku, ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 1.