

Конкурсній комісії з обрання членів наглядової ради закладів охорони здоров'я, що є об'єктами спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Чернігівської області

кандидата на посаду члена наглядової ради
КНП (вказати заклад охорони здоров'я)

(прізвище, ім'я та по батькові)

(місце проживання /реєстрації)

(контактний телефон)

(електронна адреса)

ЗАЯВА

Я _____
(прізвище, ім'я та по батькові)

цією заявою підтверджую, що у моїх діях немає реального або потенційного конфлікту інтересів щодо зайняття посади члена наглядової ради КНП (вказати заклад охорони здоров'я).

(дата)

(підпис)

(прізвище, ініціали)