

Конкурсній комісії з обрання членів
наглядової ради КНП «Кобеляцька
міська лікарня» Кобеляцької
міської ради

(ПІБ кандидата)

(контактний номер телефону)

(електронна адреса)

ЗАЯВА
про відсутність конфлікту інтересів

Я, _____

(прізвище, ім'я, по батькові)

цією заявою підтверджую, що у моїх діях відсутній реальний або потенційний конфлікт інтересів щодо зайняття посади незалежного члена наглядової ради Комунального некомерційного підприємства «Кобеляцька міська лікарня» Кобеляцької міської ради».

Про вимоги та обмеження, встановлені Законом України «Про запобігання корупції», ознайомлений (ознайомлена).

дата

підпис

прізвище та ініціали