

Додаток
до Оголошення

Конкурсній комісії з обрання
членів наглядової ради КНП
«Кобеляцький Центр
первинної медико-санітарної
допомоги» 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 «Кобеляцький Центр первинної медико-санітарної допомоги» Кобеляцької міської ради.

Про вимоги та обмеження, встановлені Законом України “Про запобігання корупції”, ознайомлений (ознайомлена).

дата

підпис

прізвище та ініціали