

Додаток № 4 до НАКАЗУ

КНП «ОТМО м. Краматорськ» № 128

від 09.04.2021 р.

**КНП «ОБЛАСНЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ
МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ
М. КРАМАТОРСЬК»**

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

(поштова адреса заявника та контактний телефон)

(електронна адреса заявника)

Повідомлення про корупцію*

(дата)

(підпис)

*Інформація про корупційне або пов'язане з корупцією правопорушення, інше порушення Закону України «Про запобігання корупції»