

Голові комісії з питань конкурсного
відбору кандидатів на посаду незалежних
членів наглядової ради (представників
громадськості) КНП ФМР «Фастівська
БЛП»

(П.І.Б. претендента, повні у родовому відмінку,
паспорт серія, номер, ким та коли виданий)
zareestrovaniy: _____

meshkayu za adresoju: _____

tel. _____
(domashniy, mobilniy)

(adresa elektronnoy poшти)

ЗАЯВА ПРО ВІДСУТНІСТЬ КОНФЛІКТУ ІНТЕРЕСІВ

1. Підтверджую відсутність конфлікту інтересів та обставин згідно Закону України № 1700-VII від 14.10.2014р. “Про запобігання корупції” (із змінами та доповненнями), які можуть перешкоджати об’єктивному виконанню мною обов’язків незалежного члена (представника громадськості) наглядової ради Комунального некомерційного підприємства Фастівської міської ради «Фастівська багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування»

2. Вказати можливий конфлікт інтересів (якщо існує) _____

_____ 20__ р.

підпис

Примітка: заявник бере на себе особисту відповідальність за надану інформацію