

**Руководителю
ГАУЗ КО «КАЛУЖСКАЯ ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»**

248000 г. Калуга ул. Вилонова, д. 35
тел./факс: (4842) 57-43-50
E-mail: kodsp@kaluga.ru

Главному Врачу Прохину М.Н.

От:

(Ф.И.О., должность, телефон)

**УВЕДОМЛЕНИЕ
о факте обращения в целях склонения работника к совершению
коррупционных правонарушений**

Сообщаю, что:

1) _____
(описание обстоятельств, при которых стало известно о случаях обращения к работнику в связи с исполнением им
должностных обязанностей каких-либо лиц в целях склонения его к совершению коррупционных правонарушений)

_____ ;
(дата, место, время склонения к совершению коррупционного правонарушения)

2) _____ ;
(подробные сведения о коррупционных правонарушениях, которые должен был совершить работник по просьбе обратившихся лиц)

3) _____ ;
(все известные сведения о физическом (юридическом) лице, склоняющем к коррупционному правонарушению)

4) _____
(способ и обстоятельства склонения к совершению коррупционного правонарушения, а также информация
об отказе (согласии) работника принять предложение лица о совершении коррупционного правонарушения)

(подпись)

(инициалы и фамилия)

_____ ;
(дата)

Регистрация:

№ от 2017г.

* наличие и хранение у заместителей главного врача и руководителей структурных подразделений от пяти бланков.