

Приложение № 2
к Положению о конфликте
интересов при осуществлении
медицинской деятельности
и/или выполнении
профессиональных обязанностей

Министерство здравоохранения
Российской Федерации,
127994, ГСП-4, г. Москва, Рахмановский пер, д. 3
от _____
(должность, Ф.И.О.)
адрес, тел.: _____

**Уведомление
о возникновении конфликта интересов при осуществлении медицинской
деятельности и/или выполнении профессиональных обязанностей**

В соответствии с п. 3 ст. 75 Федерального закона от 21.11.2001 г. № 323-ФЗ «Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я
_____ (Ф.И.О.)
занимающий должность руководителя медицинской организации

(наименование медицинской организации)

уведомляю о возникновении (возможном возникновении) конфликта интересов и
прошу (во избежание возникновения конфликта интересов) рассмотреть на
заседании Комиссии по урегулированию конфликта интересов (потенциального
конфликта интересов): _____

О конфликте интересов работника мне стало известно « ____ » _____ 201__ г.

Приложения:

1. Уведомление работника о конфликте интересов.
2. Выписка из журнала учета уведомления о конфликте интересов (копия)

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись) (Ф.И.О.)

Уведомление зарегистрировано в Журнале учета уведомлений о возникновении
конфликта интересов « ____ » _____ 20__ г. вх. № ____.