

Приложение № 3  
к Положению о конфликте  
интересов при осуществлении  
медицинской деятельности и/или  
выполнении профессиональных  
обязанностей

**ЖУРНАЛ**  
**учета уведомлений о возникновении конфликта интересов**

№ п/п	Дата подачи уведомлений	Ф.И.О. должность работника, подавшего уведомление	Наименование подразделения	Примечание	Подпись работника