

Главному врачу
БУЗ ВО «Вологодский областной
кожно-венерологический диспансер № 2»
Максимовой Е.Г.

от _____
(Ф.И.О. гражданина; наименование организации, Ф.И.О. лица, представляющего
организацию)

(место жительства, телефон; адрес организации, телефон)

О Б Р А Щ Е Н И Е
гражданина, представителя организации
по фактам коррупционных правонарушений

Сообщаю, что:

1. _____
Ф.И.О. заявителя(пациента или работника БУЗ ВО «ВОКВД№2», представителя сторонней организации и др.)

2. _____
(описание обстоятельств, при которых заявителю стало известно о случаях совершения коррупционных правонарушений в БУЗ ВО «Вологодский областной кожно-венерологический диспансер № 2»)

3. _____
(подробные сведения о коррупционных правонарушениях)

4. _____
(материалы, подтверждающие Ваше обращение, при наличии)

(дата)

(подпись, инициалы и фамилия)