

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)