

**В Комиссию по противодействию коррупции
МАУ «Городская клиническая больница № 14»**

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. работника МАУ «Городская клиническая больница № 14»)

2. _____
(описание обстоятельств, при которых заявителю стало известно о случаях совершения коррупционных правонарушений работника МАУ «Городская клиническая больница № 14»)

3. _____
(подробные сведения о коррупционных правонарушениях, которые совершил работник МАУ «Городская клиническая больница № 14»)

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

(дата)

(подпись, инициалы и фамилия)