

В Санкт-Петербургское городское бюджетное учреждение
Здравоохранения «Городская поликлиника № 63

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 или руководителя СПб ГБУЗ «ГП № 63»)

2. _____
(описание обстоятельств, при которых заявителю стало известно о случаях совершения коррупционных
правонарушений работником или руководителем СПб ГБУЗ «ГП № 63»)

3. _____
(подробные сведения о коррупционных правонарушениях, которые совершил работник или руководитель
СПб ГБУЗ «ГП № 63»)

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

_____ (дата)

_____ (подпись, инициалы и фамилия)