



УТВЕРЖДАЮ

Главный врач МБУЗ «ССМП»

К.А. Согомоян

Форма

ЖУРНАЛ
регистрации уведомлений
о возникшем конфликте интересов или о возможности его возникновения

N пп.	Ф.И.О. лица, представившего уведомление	Дата поступления уведомления	Ф.И.О. работника, принявшего уведомление	Подпись работника, принявшего уведомление	Подпись лица в получении копии уведомления
1	2	4	5	6	7