

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
1 квітня 2024 року № 552

ЗАЯВА

про відсутність реального та/або потенційного конфлікту інтересів

Я, _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

шляхом підписання цього тексту, підтверджую, що в мене немає реального або потенційного конфлікту інтересу.

В разі наявності реального або потенційного конфлікту інтересів, зобов'язуюся утриматися від участі в голосуванні.

«___» _____ р. _____ (_____)

(підпис)

(власне ім'я та прізвище)