

В СПб ГБУЗ "Городская поликлиника №99"

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.)
2. \_\_\_\_\_  
(описание обстоятельств, при которых заявителю стало известно о случаях совершения коррупционных правонарушений работником учреждения)
3. \_\_\_\_\_  
(подробные сведения о коррупционных правонарушениях, которые совершил работник учреждения)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_  
(материалы, подтверждающие Ваше обращение, при наличии)
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись, инициалы и фамилия)