

Руководителю \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. руководителя)

адрес: \_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. медицинского работника)

адрес: \_\_\_\_\_ ,  
телефон: \_\_\_\_\_ , факс: \_\_\_\_\_ ,  
адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

**Уведомление  
о возникновении конфликта интересов при осуществлении  
медицинской (или фармацевтической) деятельности**

В соответствии с п.2 ст.75 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщаю о возникновении конфликта интересов при осуществлении медицинской (или: фармацевтической) деятельности, выразившегося в \_\_\_\_\_, что подтверждается \_\_\_.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

Медицинский (или: фармацевтический) работник:

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)