|  |
| --- |
| Додаток 1до оголошення  |

|  |
| --- |
| Миколаївська обласна радавулиця Адміральська, 22,м. Миколаїв,54001\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /прізвище, ім'я, по батькові/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /контактний телефон/ |

ЗАЯВА

Прошу увести мене до складу конкурсної комісії з проведення конкурсу на зайняття посади директора Комунального некомерційного підприємства "Миколаївський обласний центр лікування інфекційних хвороб" Миколаївської обласної ради.

Дата Підпис