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

|  |
| --- |
| Миколаївська обласна рада  вулиця 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