|  |
| --- |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/назва посади (головний лікар, директор тощо)/ / назва підприємства, закладу, установи/

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата Підпис Прізвище та ініціали