

В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

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. работника Федерального фонда обязательного медицинского страхования)

2. _____
(описание обстоятельств, при которых заявителю стало известно о случаях совершения коррупционных правонарушений работником Федерального фонда обязательного медицинского страхования)

3. _____
(подробные сведения о коррупционных правонарушениях, которые совершил работник Федерального фонда обязательного медицинского страхования)

4. _____
(материалы, подтверждающие Ваше обращение, при наличии)

(дата)

(подпись, инициалы и фамилия)