*Додаток 1*

Голові конкурсної комісії з відбору

незалежних членів наглядової ради

комунального некомерційного підприємства

«Ніжинська міська стоматологічна поліклініка»

Ніжинської міської ради Чернігівської області

Світлані КІРСАНОВІЙ

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

(прізвище, ім’я, по батькові)

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

(адреса проживання)

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

(номер телефону)

ЗАЯВА

Прошу допустити мене до участі у конкурсі з відбору незалежних членів наглядової ради комунального некомерційного підприємства «Ніжинська міська стоматологічна поліклініка» Ніжинської міської ради Чернігівської області.

Даю згоду на обробку і використання своїх персональних даних для цілей проведення зазначеного конкурсу.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2025 року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (прізвище та ініціали)