Генеральному директору

ДНП «Центр тестування»

Лесі ОЛІЙНИК

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

(Найменування юридичної особи)

ЗАЯВА

про відсутність конфлікту інтересів

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(найменування юридичної особи)   
в особі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, який (а) діє на підставі

(ПІБ засновника/учасника/власника/посадової особи)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ цією заявою зобов’язується під час проведення заходів безперервного професійного розвитку, за які нараховуються бали безперервного професійного розвитку, неухильно дотримуватися вимог Закону України «Про запобігання корупції» та Положення про Систему безперервного професійного розвитку працівників сфери охорони здоров’я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 року № 725 (далі – Положення).

Цією заявою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ також підтверджує, що:

(ПІБ засновника/учасника/власника/посадової особи)

не провадить безпосередньо або із залученням третіх осіб діяльність, пов’язану з виробництвом, оптовою та роздрібною торгівлею, імпортом лікарських засобів і медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації (асистивних технологій), та не має у складі засновників (учасників, власників) або органів управління осіб, які проводять вказану вище діяльність, або перебувають у господарських, цивільних, трудових відносинах з особами, які провадять таку діяльність;

не залучатиме і не використовуватиме під час проведення заходів безперервного професійного розвитку коштів фізичних (юридичних) осіб для реклами лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації (асистивних технологій), та не здійснюватиме жодних дій для реклами фізичних та юридичних осіб (їх назв, логотипів, торгових марок, результатів діяльності та іншого), які пов’язані з виробництвом, оптовою та роздрібною торгівлею, імпортом лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів реабілітації.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (підпис) (П.І.Б.)