

Приложение № 5  
к приказу ГАУЗРК  
"Керченская стоматологическая  
поликлиника"  
от \_\_\_\_\_ 2020 г №

**Журнал**

**учета уведомлений о возникновении конфликта интересов**

| №№ | Дата подачи уведомления | Ф.И.О.,<br>должность<br>медицинского<br>работника,<br>подавшего<br>уведомление | Наименование<br>подразделения | Примечание | Подпись<br>медицинского<br>работника |
|----|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------|--------------------------------------|
|    |                         |                                                                                |                               |            |                                      |
| 1  |                         |                                                                                |                               |            |                                      |
| 2  |                         |                                                                                |                               |            |                                      |