

Приложение № 4  
к Порядку

Министерство здравоохранения  
Мурманской области

Я, Ф.И.О., прошу рассмотреть мою кандидатуру для включения в состав  
Общественного совета при Министерстве здравоохранения Мурманской  
области.

*(Указываются дата рождения, сведения о месте работы кандидата,  
гражданство).*

Подтверждаю, что соответствую всем требованиям, предъявляемым к  
кандидатам в члены Общественного совета, а также сообщаю об отсутствии  
ограничений для вхождения в состав Общественного совета при Министерстве  
здравоохранения Мурманской области.

Приложение: биографическая справка на \_\_\_\_ л.  
согласие кандидата на \_\_\_\_\_ л.

Подпись, дата.

---