

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

към чл. 10, ал. 5

**ДО
УПРАВИТЕЛЯ НА
НАЦИОНАЛНА
ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА**
София 1407, ул. “Кричим” № 1
Ел. поща: anticorruption@nhif.bg

СИГНАЛ
за корупционно нарушение / конфликт на интереси

от, ЕГН/ЛНЧ,
(трите имена на подателя)

.....
(адрес)

телефон:, електронен адрес:, факс,
(ако има такива)

1. имената на лицето, срещу което се подава сигналът, и заеманата от него длъжност, ако подателят разполага с данни за нея:

.....
.....
.....

2. конкретни данни за твърдяното нарушение, в т.ч. място и период на извършване на нарушението, описание на деянието и други обстоятелства, при които е било извършено:

.....
.....
.....
.....
.....

3. позоваване на документи или други източници, които съдържат информация, подкрепяща изложеното в сигнала, в т. ч. посочване на данни за лица, които биха могли да потвърдят съобщените данни или да предоставят допълнителна информация:

.....
.....
.....
.....

Дата на подаване на сигнала:

Подпис на подателя:

.....

.....

Към сигнала може да се приложат източниците на информация, подкрепящи изложените в него твърдения.