Приложение 2

Политике противодействия

коррупции в

КГП «Поликлиника

№2 г.Караганды»

от «01» июня 2023 года.

Используйте данную форму для того, чтобы подтвердить, что Вы принимаете на себя антикоррупционные ограничения, предусмотренные антикоррупционным законодательством РК и Политикой противодействия коррупции в КГП «Поликлиника №2 г.Караганды».

 Заполненная и подписанная форма-подтверждение с даты исполнения трудовых и/или должностных обязанностей в Обществе хранится в личном деле должностных лиц Товарищество.

Форма согласия о принятии антикоррупционных ограничений

Я

 (фамилия, имя, отчество)

 (указать должность)

в целях соблюдения требований антикоррупционного законодательства РК, Политики противодействия коррупции КГП «Поликлиника №2 г.Караганды» недопущения совершения , которые могут привести к использованию моих полномочий в личных, групповых и иных неслужебных интересах, принимаю на себя антикоррупционные ограничения по:

1) осуществлению деятельности, не совместимой с выполнением недопущения совершения действий, своих функций;

2) недопустимости нахождения должностных лиц на должности, находящиеся в одном подразделении с их близкими родственниками (родители (родитель), дети, усыновители (удочерители), усыновленные (удочеренные), полнородные и неполнородные братья и сестры, дедушка, бабушка, внуки), супругов и свойственников (братья, сестры, родители и дети супруга (супруги)) или если подразделения разные должность связана функционально (по бизнес-процессам) с должностями, занимаемыми их близкими родственниками;

3) использованию информации, не подлежащей официальному распространению, в целях получения или извлечения имущественных и неимущественных благ и преимуществ;

4) принятию подарков в связи с исполнением должностных полномочий в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

подпись, ФИО должность

Приложение 3

Политике противодействия коррупции в

КГП «Поликлиника №2 г.Караганды»

от «01» июня 2023 года.

Используйте данную форму для того, чтобы подтвердить, что Вы обязуетесь добросовестно следовать и неукоснительно соблюдать антикоррупционное законодательство РК и Политику противодействия коррупции в КГП «Поликлиника №2 г.Караганды».

Заполненная подписанная форма-подтверждение с момента исполнения трудовых и/или должностных обязанностей в Обществе хранится в личном деле должностных лиц и работников Поликлиники.

**Подтверждение**

Пожалуйста, отметьте соответствующие ячейки

Я подтверждаю, что изучил(а) Политику противодействия коррупции КГП «Поликлиника №2 г.Караганды»;

Я обязуюсь строго следовать требованиям, установленной антикоррупционным законодательством РК, Политикой противодействий коррупции в КГП «Поликлиника №2 г.Караганды».

Я уведомлен(а) о том, что в случае нарушения мною антикоррупционного законодательства РК. Политики противодействия коррупции в КГП «Поликлиника №2 г.Караганды», меня могут привлечь к ответственности, в то законодательством РК. и в том числе освободить от занимаемой должности, в порядке, установленном

Пожалуйста, распишитесь здесь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, должность