**Согласие на проведение проверочных мероприятий**

Я, ,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

зарегистрированный(ая) по адресу ,

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| паспорт серия |  | № |  | , выдан |  | , |  | , |
|  |  |  |  |  | (дата выдачи) |  | (кем выдан) |  |

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие должностным лицам Министерства здравоохранения Российской Федерации, расположенного по адресу:  
г. Москва, Рахмановский пер.,д3/25 стр. 1,2,3,4 ,

на проведение в отношении меня проверочных мероприятий, необходимых для принятия решения о награждении меня Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российский Федерации.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (инициалы и фамилия) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  |
|  | (день) |  | (месяц) |  | (год) |