Министру здравоохранения Рязанской области

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (инициалы, фамилия)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О., замещаемая должность)

УВЕДОМЛЕНИЕ

ОБ ОТКАЗЕ В ПОЛУЧЕНИИ ПОЧЕТНОГО ИЛИ СПЕЦИАЛЬНОГО ЗВАНИЯ, НАГРАДЫ ИЛИ ИНОГО

 ЗНАКА ОТЛИЧИЯ ИНОСТРАННОГО ГОСУДАРСТВА, МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,

ПОЛИТИЧЕСКОЙ ПАРТИИ, ИНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ ИЛИ ДРУГОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

 Уведомляю о принятом мною решении отказаться от получения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование почетного или специального звания,

 награды или иного знака отличия)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (за какие заслуги присвоено и кем, за какие заслуги награжден(а) и кем)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)