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)