**С И Г Н А Л**

 **до**

 **Изпълнителна агенция по лекарствата**

Трите имена \*

|  |
| --- |
| Име Презиме Фамилия |

ЕГН ( незадължително)

|  |
| --- |
|  |

Адрес на жалбоподателя\*

|  |
| --- |
|  |

Община

|  |
| --- |
|  |

Телефонен номер\*

|  |
| --- |
|  |

Имейл\*

|  |
| --- |
|  |

Име на лицето, срещу което е сигналът\*

|  |
| --- |
|  |

Позиция /длъжност на лицето, срещу което е сигналът

|  |
| --- |
|  |

Сума на корупционния акт

|  |
| --- |
| …………...лв.  |

Дата на корупционния акт/нарушението\*

|  |
| --- |
|  |

Вид на корупционния акт\*/моля отбележете/

|  |
| --- |
| □ Законово нарушение □ Административно нарушение □ Конфликт на интереси□ Подкуп□ Грабеж□ Роднини□ Лошо управление□ Лошо отношение□ Друго |

Описание\*:

|  |
| --- |
|  |

Доказателства за извършения корупционен акт / нарушение (се прилагат към сигнала, когато има такива/

|  |
| --- |
|  |

Данни за институциите, които вече сте информирали

|  |
| --- |
|  |

Дата и подпис на лицето, подало сигнала\*

|  |
| --- |
|  |

*Всички полета обозначени със звездичка (\*) са задължителни*