**Бланк анонимного заявления о предполагаемом злоупотреблении/-ях**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| **АНОНИМНАЯ ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ О ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯХ** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   | **Дата отправления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | **\*НЕ УКАЗЫВАЙТЕ СВОЕ ИМЯ\*** |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | **Отправитель: (Опционально)** |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |  | Сотрудник |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |  | Покупатель |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |  | Поставщик |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |  | Другое |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | **Детали заявления о злоупотреблении/-ях:**  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   | Пожалуйста, опишите предполагаемое злоупотребление, включая имена возможных подозреваемых лиц и их позиции внутри Компании. Пожалуйста, прикрепите любую документацию, которой вы располагаете относительно описываемого злоупотребления, и которая может указывать на факт злоупотребления. |   |
|   |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |