**ДО**

**ДИРЕКТОРА**

**НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**ГАБРОВО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от.......................................................................................................................……………….…………................

*(трите имена)*

живущ: гр./с. ...............................................................община (район)...................................................................

ж.к./ул........................................................ № ......… бл. ....... вх. ..….ап. ......тел. .................................................

в качеството на ..................................................................................................................………..……................

(*собственик, управител, изпълнителен директор, упълномощено лице*)

нa ................................................................................................................................................…...........................

(*наименование на юридическото лице/търговеца, който упражнява дейността)*

ЕИК............................…………с адрес на управление: гр./с…………….............................................................

ул............................................................................................... № ........ тел. ..........................................................

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Моля да ми бъде издаден

🞏 заверен препис 🞏 допълнителен екземпляр

от .....................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

*(наименование на документа)*

Прилагам следните документи:

1. Документ за платена такса.

2. .....................................................................................................................................................

***Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:***

* лично в РЗИ – Габрово;
* като вътрешна препоръчана пощенска пратка (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката) .........................................................................
* като вътрешна куриерска пратка чрез (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката) ..............................................................................
* като международна препоръчана пощенска пратка (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при заявяване на услугата) ………….....................
* по електронен път на електронен адрес: ..............................................................................

Изразявам своето съгласие РЗИ – Габрово да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи с цел осъществяване и изпълнение на регламентираните и правомощия. Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на поправка на данните.

**Дата:** ....................................  **С уважение:** ..............................