*.Бланка № АУ-2155\_2024*

**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ

Гр. София, 1431, бул. Акад. Иван Гешов № 15 e-mail: rzi\_so@rzi-sfo.bg

Тел. 02/807 87 00; факс: 02/807 87 10 www.rzi-sfo.bg

Вх. № ……………………………….

Гр. София,………………………… 20…. г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**гр. София**

**бул. „Акад. Иван Гешов” № 15**

На вниманието на инспектора по наркотични вещества

**З А Я В Л Е Н И Е**

От…………………………………………………….. .…………………..

(трите имена на лекаря/лекаря по дентална медицина)

..........…………………….…………………………………………………………………………………………

(наименование на лечебното заведение)

……………………………………………….………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………….……..

(адрес на лечебното заведение)

с № в регистъра на РЗИ на лекарите/лекарите по дентална медицина, които предписват лекарствени продукти, съдържащи наркотични вещества.

**УВАЖАЕМИ/А/ ГОСПОДИН/ГОСПОЖО/ ДИРЕКТОР,**

Моля да ми бъдат предоставени:

 броя кочани специални рецептурни бланки със зелен цвят

 броя кочани специални рецептурни бланки с жълт цвят

**Дата: ................................ г. Подпис:……………………**

*Декларация за ползване на лични данни*

Запознат съм с Политиката за прозрачност, обявена на интернет страницата на на РЗИ – Софийска област и **ДАВАМ СВОЕТО СЪГЛАСИЕ** за обработване на личните ми данни чрез компютърни и други системи, с цел осъществяване на законово регламентираните функции. 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 корекция на данните.

Подпис на декларатор: .......................................                                                                       дата: .......................... 20....г.