Вх.№ АУ-1870-.............................../................. 20.....г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. „АКАД. ИВАН ГЕШОВ” № 15**

**ГР. СОФИЯ**

## заявление

**от....................................................................................................................... на длъжност.............………............….….**

 **име, презиме, фамилия на възложителя**

**фирма ............................................................................................................... БУЛСТАТ / ЕИК: ……………….....………..... с адрес гр. /с./....................................................………………….... район…....................….............……...........................**

**ул. (ж.к.).................................................…..…………….......………………......… № ............... бл. …............. вх. ......….....**

**ел. адрес................……......……….......………................................................, тел/факс...............…….............................**

**УВАЖАЕМА/И ГОСПОЖО/ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

# Моля, да ми бъде издадено здравно заключение за съгласуване на инвестиционен проект:

# за обект: .........................................................................………….........…........…...............................................................

# подобект: .................................……................................…….........…...........…..............….......………………..………........

**на адрес: гр. /с./**.................................................................…………...… **община**…..................….....................…………..

**ул. (ж.к.)** ..........................................................................………...........…..…. **№** ................. **бл.** …............. **вх.** .........…...

**във фаза на проектиране** ........…...........................................…....….......…………….........................…………….………

**ПРИЛОЖЕНИ:** (с подчертаване)

**1. Архитектурна част 5. Виза за проектиране**

**2. ВК част 6. Кадастрална извадка от действащия ПУП**

**3. ОВ част 7.Технологична част**

**4. ЕЛ част 8. Разрешителни писма от ВиК, Електроразпределение и др.**

 **9. Документ за платена държавна такса**

**Проектант на обекта е** …………..................................................................……………..................………………….….….

**Заявлението и проектът се представят в РЗИ – Софийска област от** ....................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................................. (име, фамилия) (длъжност) (фирма)

Настоящето становище е необходимо за представяне в Експертен съвет по устройство на територията на община …………………………………………………………………….………............................................................................

**Заплащането на извършената услуга ще извърша**:

□ в брой - в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж 3, кабинет № 41;

□ картови плащания чрез инсталиран ПОС терминал - в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж 3, кабинет № 41;

□ по банков път - по транзитната сметка на РЗИ – Софийска област.

□ E-плащане чрез единната входна точка, достъпна на адрес: https://pay.egov.bg/.

**Заявявам, желанието си издаденото „Здравно заключение за съгласуване на ИП“ и приложените от мен документи да бъдат получени:**

□ на място – в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж 3, кабинет № 41;

□ чрез куриер на адрес ……........................................………………………….……………………............................................…………………………………………..

като декларирам, че разходите за получаване са за моя сметка платими при получаването.

**Уведомен съм, че за проектна документация, непотърсена до една година от месеца на завеждане, РЗИ - Софийска област не носи отговорност.**

**ПОДПИС:...........................................**

***Декларация за ползване на лични данни***

***Изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция - Софийска област да обработва, съхранява и архивира 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 поправка на данните****.*

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