Приложение №2

*към Процедура за извършване на административна услуга 1573 „Издаване на хигиенно заключение за получаване на разрешение*

*за търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека“*

*(Ново Заповед №* *РД-01-49/11.05.2023 г.)*

**Вх.** **№.………………./…….…………….**

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**ГР. ВЕЛИКО ТЪРНОВО**

# З А Я В Л Е Н И Е

от………………………………………………………………………………………

*(трите имена)*

адрес: гр./с....................................................община....................................................

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

в качеството си на ........................................................................................................

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

нa .....................................................................................................................................

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

ЕИК .........................................

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

Моля, да ми бъде издадено заключение за хигиенна оценка на аптека/помещение за разкриване на аптека с

адрес …..………………………………………………….………..…………………...

……….…………….…………………………………………………………………….

Прилагам следните документи:

1. Инвестиционен проект на помещенията, част „Архитектура“ - с обяснителна записка, разпределение и разрези;
2. Документ, удостоверяващ право на ползване на помещението (договор за наем или за собственост).
3. Протоколи от акредитирана лаборатория, удостоверяващи съответствието на изискванията на параметрите за изкуствено осветление, микроклимат и електрозахранване.
4. Документ за платена държавна такса.

Заявявам, че желая да получа издадения индивидуален административен акт - заключение за хигиенна оценка:

* на място (в Звеното за административно обслужване на РЗИ)
* на следния адрес чрез лицензиран пощенски оператор *(разходите за изпращане са за моя сметка)*:

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

* по електронен път на следната електронна поща:

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

* чрез Системата за сигурно електронно връчване.

С уважение: ……………….. Дата:.........................

***(****подпис)*

**Разяснителна информация от РЗИ – Велико Търново относно предоставените от заявителя лични данни**

Заявителят се уведомява, че във връзка с предоставянето на заявената услуга е необходимо да предостави лични данни, включващи неговите имена, адрес, телефон, адрес на електронна поща.

Данните се събират на основание Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

Те се обработват за целите на издаването на заключение за хигиенна оценка.

Достъп до предоставените лични данни имат ИАЛ и Министерство на здравеопазването. Информацията ще бъде предоставяна и на други държавни и общински органи и на органите на съдебната власт, когато това е свързано с изпълнение на законово регламентираните им функции,.

Всички документи, съдържащи лични данни, се съхраняват в досие на аптеката, в дирекция „Медицински дейности“.

Срокът на съхранение на предоставените лични данни е 3 години след датата на прекратяване на регистрацията.

Запознат: ......................................................................................................

*(трите имена на заявителя и подпис)*