*Бланка № АУ-685\_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](http://www.rzi-sfo.bg)

|  |  |
| --- | --- |
| Вх. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  **ДО** |
|   |  **ДИРЕКТОРА НА** |
|   |  **РЗИ-СОФИЙСКА ОБЛАСТ** |
|   |  |
| ***З А Я В Л Е Н И Е*** |
|  |
|  От .......................................................................................................................................................  |
| с Удостоверение за регистрация № ................................................................................. |
|   |
|  гр. |   |   | код |   |   |   |   |
|   |
|  община: |   |
|   |
|  ул./бул. |   | № |   | п.к. |   |
|   |
|  тел. |   |   Email…………………………………………………. |
|   |
|  представлявано от .......................................................................................................................... |
|   |
|  Л.К. № |   |   | изд. от |   |
|   |
| на |   | ЕГН |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |
| адрес: |
|   |
| гр. |   |   | код |   |   |   |   |
|   |
| община: |   |
|   |
| ул./бул. |   | № |   | п.к. |   |
|   |
|  тел. |   |   |
|  **УВАЖАЕМИ/А/ ГОСПОДИН/ГОСПОЖО/ ДИРЕКТОР,** |
|  Моля, на основание чл. 4, ал. 2 от Наредба № 5 от 2011 г. за условията и реда за получаване на разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти от лекари и лекари по дентална медицина и снабдяването им с лекарствени продукти. |
| да бъде издадено разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти  |
| във: |
|   |
| гр. |   |   | код |   |   |   |   |
|   |
| община: |   |
|   |
| ул./бул. |   | № |   | п.к. |   |
|   |
| тел. |   |   Email………………………………………………….. |
|   |
| Лекарствените продукти ще се съхраняват и продават от:  |
|   |
| /трите имена/ |
|   |
| Л.К. № |   |   | изд. от |   |
|   |
| на |   | ЕГН |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |
| адрес: |   |   |   |   |   |
| гр. |   |   | код |   |   |   |   |   |
| община: |   |   |   |   |   |   |
| ул./бул. |   | № |   | п.к. |   |   |   |   |   |   |
| тел. |   |   Email…………………………………………….. |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Oбразователно-квалификационна степен: ....................................................................................... |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| № на дипломата |   | от дата |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| издадена от |   |   |   |   |   |   |
| А | Кратко |   |   |   |   |   |   |
|   | описание |   |   |   |   |   |   |
|   | на сградата: |  ............................................................................................ |   |   |   |   |   |
|   |   | (магазинни помещения, |   |   |   |   |   |
|   |   | .............................................................................................. |   |   |   |   |   |
|   |   | самостоятелна сграда, |   |   |   |   |   |
|   |   | ................................................................................................ |   |   |   |   |   |
|   |   | апартамент в жилищна сграда) |   |   |   |   |   |
| В | Описание на размерите на помещенията, в които е разкрито лечебното заведение за извънболнична помощ по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква „а“ или по т. 2, буква „а“ от Закона за лечебните заведения: |   |   |   |   |   |
|   | 1. обща площ .........................................................m(2) |   |   |   |   |   |
|   | 2. лекарски кабинет ................................................m(2) |   |   |   |   |   |
|   | 3. чакалня ................................................................m(2) |   |   |   |   |   |
|   | 4. манипулационна …………………...........………...m(2) |   |   |   |   |   |
|   | 5. санитарен възел ..................................................m(2) |   |   |   |   |   |
|   | 6. други помещения .................................................m(2) |   |   |   |   |   |
|   | 7. място за съхранение на лекарствата ……..…….m(2) |   |   |   |   |   |
|  град................................ |  подпис: ............................................................................ |   |   |   |   |   |
|   | (печат) |   |   |   |   |   |
| дата................................ | .......................................................................................... |   |   |   |   |   |
|   | (трите имена на лицето) |   |   |   |   |   |

**Желая да получа отговор**:

(отбелязва се избрания начин на получаване)

□ С писмо (на посочения адрес)

□ На място в звеното за административно обслужване

□ Чрез куриер, за сметка на получателя

□ По електронен път на адрес: <https://edelivery.egov.bg/>

Уведомяваме Ви, че РЗИ – Софийска област обработва законосъобразно вашите документи, съдържащи лични данни.

**Подпис: ………………………….. Дата: ……………………….год.** *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.