**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

Приложение към чл. 7, ал. 2 от НАО

**П Р О Т О К О Л**

Днес,……………….………202…г., служителят …………………………………….……..………………

на длъжност …………….……………………………… в ……………………………………………………………..

*(наименование на звеното),*

на основание чл. 29, ал. 5 от АПК състави този протокол, в уверение на това, че заявителят: ...…………………………………………………………………………………………………………………………..…,

*(имена на заявителя)*

с постоянен или настоящ адрес:

гр./с. .…………………………………………, община ...………………………………………..

ул. /ж.к …………………………………………………………………………………………

тел. ………………………, факс…………………., електронен адрес …………………………………………..…

**УСТНО ЗАЯВИ ИСКАНЕ ЗА:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Заявителят прилага следните документи:

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

Заявителят изрази желанието си **издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:**

🞎 Чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: ………………………………………………………

като декларира, че пощенските разходи са за негова сметка, платими при получаването му за вътрешни пощенски пратки, и е съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели.

Индивидуалният административен акт да бъде изпратен:

🞎 като вътрешна препоръчана пощенска пратка

🞎 като вътрешна куриерска пратка

🞎 като международна препоръчана пощенска пратка

🞎 Лично от ЦАО

🞎 По електронен път на електронен адрес ………………………………………………………………

**Длъжностно лице:** …………………………… **Заявител:** ………………..…….

*(подпис) (подпис)*