**ЧРЕЗ**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ .....................................**

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИ НАДЗОР»**

**гр. София, ул. «Св. Г. Софийски» № 3**

**З А Я В Л Е Н И Е**

от ...............................................................................................................................................................,

*(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)*

адрес ..........................................................................................................................................................,

л.к. № ..........................................., издадена на ....................... от ..........................................................

ЕГН ............................... телефон/и за контакти: ..................................., e-mail: ...................................

чрез пълномощник: ..................................................................................................................................

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

и Рег. № ...................................... в Регистъра на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите на ИАМН.

**УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО ДИРЕКТОР,**

Моля, на основание чл. 45, ал. 1, т. 7 и ал. 2, т. 1 от Закона за лечебните заведения, да заличите от Регистъра на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ и хосписите в ИАМН, считано от ......................................... 202… г., лечебното заведение:

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

*(наименование на лечебното заведение)*

с ЕИК/код по БУЛСТАТ ...................................

Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:

|  |  |
| --- | --- |
|  | чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: гр./с. ................................................................ |

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

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пощенски пратки, и съм 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 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | по електронен път на електронна поща |

|  |  |
| --- | --- |
|  | лично от звеното за административно обслужване при съответното РЗИ |

**Приложения:**

* Заверено пълномощно за упълномощено лице (ако не се подава лично);
* Документ, удостоверяващ смърт или запрещение на регистрираното лице.

**Дата:** ..................... 202... г.  **Заявител/Пълномощник:** ...............................................