*Обр. 3413*

Вх. № АУ-…………./……..........20..…г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - Силистра**

## **УВЕДОМЛЕНИЕ**

**за промяна в данните и обстоятелствата, вписани в Регистъра на обектите за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води**

от..................................................................................................................................………………..................

*(трите имена)*

живущ: 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........................................................

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

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

На основание чл. 26 ал. 14 от Закона за храните желая да бъде извършена **промяна** в данните и обстоятелствата вписани в регистъра за обект

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

адрес:................…....................…..…..............……………………………………………..………..................

настъпила промяна във вписаните данни:

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

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

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

/посочва се настъпилата промяна/причините/

ПРИЛАГАМ:

1. ..........................................................................................................................................................
2. ..........................................................................................................................................................

Дата: ………………………… Подпис: ………………..

Предоставените от Вас лични данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информация и се обработват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на РЗИ – Силистра.

**ДЕКЛАРИРАМ:**

Съгласен/а съм Регионална здравна инспекция - Силистра, да събира, съхранява и обработва личните ми данни, относно поисканата от мен административна услуга и/или контролна дейност, осъществена в кръга на правомощията на инспекцията.

**Запознат/а съм с:**

* Целта и средствата на обработка на личните ми данни.
* Доброволния характер на предоставяне на данните и последиците от отказа за предоставянето им.
* Правото на достъп и на коригиране на събраните данни.
* Запознат съм, че предоставените от мен лични данни попадат под специален режим на защита, съобразно нормите на Закона за защита на личните данни.
* Декларирам, че напълно и недвусмислено се съгласявам представените от мен данни да се обработват по реда, предвиден в Закона за защита на личните данни във връзка с поисканата от мен административна услуга и/или контролна дейност, осъществена в кръга на законовите правомощията на инспекцията и съм уведомен, че имам право да откажа да предоставя настоящото си съгласие, в който случай искането за предоставяне на желаната услуга може да не бъде изпълнено.
* Съгласявам се и изрично овластявам Регионална здравна инспекция – Силистра да предоставя за:
* изпълнение на законовите процедури по предоставяне на административните услуги;
* осъществяван държавен здравен контрол**;**
* изпълняване на други нейни законови правомощия, на Министерство на здравеопазването и неговите подчинени административни структури при спазване на чл. 2, ал. 2, т. 2 и 3 от Закона за защита на личните данни, както и на международни организации при спазване на глава VІ от Закона за защита на личните данни, както и на други институции при спазване на нормативните изисквания.

Декларатор:

Име, фамилия...................................................................................................Подпис……………….................

Дата ……………………….