Вх. № РД-20-\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**ГР. ВЕЛИКО ТЪРНОВО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

От ............................................................................................................................................................

(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

„...............................................................................................................................................................................”,

(наименование на лечебното заведение)

с адрес на лечебното заведение: ....................................................................................................................................................................................

вписано в Регистъра на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите при РЗИ с

Рег. № …………………………., том ………………………………, партида …………...……………

**УВАЖАЕМИ/А ГОСПОДИН/ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Моля на основание чл. 4, ал. 6 от Наредба № 5 от 6 юли 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 прекратите издаденото от Вас Разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти № .......................... / .......................г.

на …………………………………………………………………………, ЕГН ………………………,

(трите имена)

работещ като ……………………………………………… в ………………………………………….

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

(наименование на лечебното заведение)

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

считано от ......................20.....г.

Заявявам, че желая да получа издадената от Вас заповед за прекратяване на разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти:

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

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

* по електронен път на адрес: ......................................

**Приложения:**

- Оригинал на издаденото от РЗИ – Велико Търново Разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти;

- Нотариално заверено пълномощно за упълномощено лице (ако не се подава лично);

- Документ, удостоверяващ смърт или запрещение на регистрираното лице (в тези случаи).

**С уважение:**

……………………

(подпис)