**Вх. № ................................/….………20...…г.** Приложение № 1 към

Процедура № 8 (1336)

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**ГР. ВРАЦА**

**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 ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Моля на основание Наредба № 5/2011 г. на МЗ за реда за получаване на разрешениe 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.

**Приложение:**

1. Оригинал на издаденото от РЗИ-Враца Удостоверение;
2. Нотариално заверено пълномощно за упълномощено лице (ако не се подава лично);
3. Документ, удостоверяващ смърт или запрещение на регистрираното лице (в тези случаи).

***Забележка:*** Заявлението и придружаващите документи могат да се подадат устно – чрез съставяне на Протокол от длъжностното лице в Център за административно обслужване на РЗИ – Враца, ул. Черни Дрин № 2; чрез лицензиран пощенски оператор или по електронен път.

**Желая да получа готовите документи:**

🞎 На място: в Център за административно обслужване на РЗИ – Враца, ул. ”Черни Дрин” № 2

🞎 Чрез лицензиран пощенски оператор, като изразявам съгласието си разходите да бъдат за моя сметка.

🞎 По електронен път на e-mail адрес.................................................

Предоставям доброволно личните си данни за обработка и ползване от РЗИ – Враца, във връзка с правомощията на инспекцията, съгласно разпоредбите на ЗЗЛД и вътрешните правила, утвърдени в РЗИ.

**С уважение:**

……………………

(подпис)