Вх. №.АУ………………./…….…………….

**До**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ – ГАБРОВО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**за регистрация на обект**

**за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води**

от *(трите имена)* ............................................................................................................................................................

живущ: гр./с. .......................................................... район .............................................................................................

ж.к./ул. .............................................................................. № ........ бл. ....... вх. ....... ап. ...... тел..................................

в качеството си на ...........................................................................................................................................................

(*собственик, управител, изпълнителен директор, представител по пълномощие-№ и дата на нотариално заверено пълномощно*)

на фирма...........................................................................................................................................................................

със седалище ...................................................................................................................................................................

адрес на управление: гр./с. ...................................................... район............................................................................ ж.к./ул......................................................... № ....... бл. ...... вх. ....... ап. ...... тел............................................................ код по БУЛСТАТ/ЕИК:............................................................................................

**ГОСПОЖО/ГОСПОДИН ДИРЕКТОР**,

Заявявям желание, да регистрирате обект за производство на бутилирани води::

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

(*наименование и вид на обекта*)

с адрес: гр./с. ............................................................................. район ...........................................................................

ж.к./ул. ............................................................................ № ....... бл. ....... вх. ....... ап. ...... тел......................................

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

(*вид на бутилираната вода/групи храни*)

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

(*търговско наименование*)

Вид водоснабдяване в обекта и начин на отвеждане на отпадните води:

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

Данни за производствения капацитет на обекта:

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

Дата на започване на дейността: ....................................................................................................................................

(не може да бъде по-рано от 14 дни от датата на подаване на заявлението)

Декларирам, че:

1. Са изпълнени изискванията на Регламент (ЕО) № 852/2004.
2. Имам разработена технологична документация.
3. Имам разработен проект на система за управление на безопасността на храните, съизмерима с вида и размера на производството, която включва добри практики за производство на бутилираните води, които ще се произвеждат в обекта.

Моля, денят и часът на проверката по чл. 26, ал. 9 от ЗХ да се уточнят предварително с ....................................................................... на длъжност.............................................. тел.................................... *(име и фамилия на лицето)*

***Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:***

* Чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: ............................................................................................................., 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
* Лично от Центъра за административно обслужване при РЗИ – Габрово.
* По електронен път:
* на електронна поща
* на персонален профил, регистриран в Системата за сигурно електронно връчване, при централизирано заявяване чрез Единния модел за заявяване, плащане и предоставяне на Електронни административни услуги.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

1. Документ за платена държавна такса.
2. Копие на удостоверение за въвеждане в експлоатация по чл. 177, ал. 3 от ЗУТ.

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 Габрово.

Дата: ................. ПОДПИС: ......................................

**ДЕКЛАРИРАМ:**

Съгласен/а съм Регионална здравна инспекция - Габрово, 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 - Габрово 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 ……………………….