|  |
| --- |
| **ДО****ДИРЕКТОРА НА****РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ****ГР. ГАБРОВО****ЗАЯВЛЕНИЕ**от ..................................................................................................................................................................,(трите имена на лицето, практикуващо неконвенционални методи)постоянен адрес: ..........................................................................................................................................(наименование на населено място, община, улица/кв., номер/блок, ет., ап.)ЕГН ............................, л.к. № ..............................., издадена на ................................................................от ........................................................Телефони за връзка: ......................................, e-mail: ..................................................................................Адрес на практиката: .....................................................................................................................................(населено място, ул., №, кабинет) **УВАЖАЕМА/И ГОСПОЖО/ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,** Моля на основание чл. 170 от Закона за здравето и чл. 8а, ал. 1 от Наредба № 7 за изискванията към дейността на лицата, които упражняват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, да регистрирате в Регионален център по здравеопазване практикуваните от мен неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, а именно:* + Използване на нелекарствени продукти от органичен произход
* Използване на нелекарствени продукти от минерален произход
* Използване на нетрадиционни физикални методи
* Хомеопатия
* Акупунктура и акупресура
* Ирисови, пулсови и аурикуларни методи на изследване
* Диетика и лечебно гладуване.

***Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:**** лично в РЗИ – Габрово;
* като вътрешна препоръчана пощенска пратка (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката) .........................................................................
* като вътрешна куриерска пратка чрез (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката) ..............................................................................
* като международна препоръчана пощенска пратка (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при заявяване на услугата) ………….....................
* по електронен път на електронен адрес: ..............................................................................

Приложение:* Нотариално заверено копие от диплома №…......................./..........................., издадена от..............................................................;
* ................................................................................................................................................

(посочва се приложеният документ, удостоверяващ гражданството на лицето, когато е различно от българско)* Документ №…............, издаден от .................................................., за психично здраве;
* Книга за посещенията по образец съгласно приложение № 3 към Наредба № 7 от

2005 г.;* Хигиенно заключение за помещенията, в които ще се осъществява дейност.
* Документ за платена такса.

**С уважение:** **...........................**Изразявам своето съгласие РЗИ – Габрово да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи с цел осъществяване и изпълнение на регламентираните и правомощия. Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на поправка на данните.Дата *............* 20..*...* г. ............................................................................................................ *Име, фамилия, подпис* |
|   |
|  |