|  |
| --- |
| **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* |
|  |
|  |