

Вх. №

ДО ДИРЕКТОРА

Дата:

НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:

ден, месец, година

ЗАЯВЛЕНИЕ

за издаване на удостоверение за пререгистрация поради промяна в обстоятелствата

От

(трите имена на лицето, упражняващо неконвенционални методи)

адрес за кореспонденция:

(наименование на населено място, община, улица/кв., номер/ блок, ет. апартамент)

ЕГН | | | | | | | | | |

телефони за връзка:, е-mail:

с Рег. №, адрес на практиката:

(населено място)

(ул., №, кабинет)

и предмет на дейност:

(ул., №, кабинет)

УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Моля, на основание чл. 171, ал. 2 от Закона за здравето да ми бъде издадено Удостоверение за пререгистрация поради промяна в обстоятелствата по чл. 171, ал. 1, т. 7 на регистрираната в Столична РЗИ практика за неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве:

Настъпила промяна по обстоятелствата:

(вписва се настъпилата промяна по обстоятелствата)

Приложения:

Документ № / издаден от
за психично здраве на лицето;

Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:

Чрез лицензиран пощенски оператор (куриерска услуга) на адрес:

Лично от звеното за административно обслужване

Чрез Системата за сигурно електронно връчване

По електронен път на електронна поща

Дата:

Подпис:

Уникален номер на заявката:

Версия 1

Дата на създаване 12.05.2022 г.

Служи за уникално идентифициране на услугата при последващите действия по нейната обработка, заплащане и доставка (генерира се автоматично при избор на дата)