*Бланка № АУ-1793\_2024*

**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ

Гр. София, 1431, бул. Акад. Иван Гешов № 15 e-mail: [rzi\_so@rzi-sfo.bg](mailto:rzi_so@rzi-sfo.bg)

Тел. 02/807 87 00; факс: 02/807 87 10 www.rzi-sfo.bg

Вх. № ……………………………….

Гр. София,………………………… 20…. г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**гр. София**

**бул. „Акад. Иван Гешов” № 15**

**З А Я В Л Е Н И Е**

От ...............................................................................................................................................................

(трите имена на лицето, упражняващо неконвенционални методи)

Постоянен адрес: .............................................................................................................................................

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

ЕГН …………….……,

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, да регистрирате в Регионална здравна инспекция – Софийска област практикуваните от мен неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, а именно:**

* Използване на не лекарствени продукти от органичен произход;
* Използване на не лекарствени продукти от минерален произход;
* Използване на нетрадиционни физикални методи;
* Хомеопатия;
* Акупунктура и акупресура;
* Ирисови, пулсови и аурикуларни методи на изследване;
* Диетика и лечебно гладуване.

**Приложение:**

* Копие от диплома за образователно-квалификационна степен:
* Магистър - „медицина”, „дентална медицина” или „фармация;
* бакалавър или специалист по обществено здраве;
* диплома за завършено средно образование и свидетелство за проведено обучение във висше медицинско училище, не по-малко от четири семестъра.
* Протоколи от извършени лабораторни замервания на параметрите на работната среда;
* Документ за психично здраве на лицето;
* Книга за посещенията, по образец съгласно Приложение № 3 към Наредба № 7/2005 г.;
* Документ, удостоверяващ платена държавна такса.

Начини на плащане:

* **По банков път :**

***БАНКОВА СМЕТКА на РЗИ – Софийска област:***

БУЛСТАТ: 176032724 Банка: ТБ УниКредит Булбанк АД, офис „Хемус”

IBAN: BG22UNCR96603125006216

BIC: UNCRBGSF

* **В брой –** на каса в звеното за административно обслужване/деловодство на адрес: град София, 1431 бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15
* **Картови плащания чрез инсталиран ПОС терминал –** в звеното за административно обслужване/деловодство на адрес: град София, 1431 бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15.
* **Чрез Виртуален ПОС терминал на интернет страницата**: [www.rzi-sfo.bg](http://www.rzi-sfo.com).

**Желая да получа отговор**:

(отбелязва се избрания начин на получаване)

□ С писмо (на посочения адрес)

□ На място в звеното за административно обслужване

□ Чрез куриер, за сметка на получателя

□ По електронен път на адрес: https://edelivery.egov.bg/.

**Дата: ................................ г. Подпис: ………………………….**

*Декларация за ползване на лични данни*

Запознат съм с Политиката за прозрачност, обявена на интернет страницата на на РЗИ – Софийска област и **ДАВАМ СВОЕТО СЪГЛАСИЕ** за обработване на личните ми данни чрез компютърни и други системи, с цел осъществяване на законово регламентираните функции. 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 корекция на данните.

Подпис на декларатор: .......................................                                                                         дата: .......................... 20.....г.