*Бланка № АУ-2155\_2024*

**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ

Гр. София, 1431, бул. Акад. Иван Гешов № 15 e-mail: bgrzi\_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**

На вниманието на инспектора по наркотични вещества

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от .............................................................................................................................................................

(име, презиме, фамилия на лекаря/лекаря по дентална медицина, представляващ лечебно заведение без разкрита аптека)

при...................................................................................................................................................................................................,

(наименование на лечебното заведение)

С регистрационен номер …………………………………..………………. от регистъра на РЗИ-Софийска област

адрес на лечебното заведение:……………………………………...………………………………....…………………..

……………………………………………………………………………...……………………………………………………..

Тел………………………….………факс……….…………………..e-mail………………………………………….………

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Моля да ми бъдат предоставени:

……………… броя кочана специални формуляри за поръчка на наркотични

вещества, по реда на Наредба № 28 от 31.05.2001г.

Прилагам преводно нареждане/вносна бележка за заплащане на ........... броя кочани, на стойност …............... лв. по сметката на МЗ.

**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.