**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

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

Вх.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. **Уникален № РУ – АУ-1796**

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. «АКАД. ИВАН ГЕШОВ» № 15**

**ГР. СОФИЯ**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за издаване на свидетелство за имунизационно състояние**

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

 (име, фамилия)

Адрес : община ........................................................ гр./с ......................................................................................

ул. (ж.к.).............................................................................................................................. №.............., ПК. .............

тел. за контакт: .........................................................., e-mail: ...............................................................................

 **УВАЖАЕМА/И ГОСПОЖО/ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Моля, да бъде издадено **Свидетелство за имунизационно състояние** на лицето:

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

***( трите имена на лицето по акт за раждане/по лична*** *карта)*

**роден/а на ………………………ЕГН…………………………………………,адрес: гр…………………….**

**Община (район) ……………….., ж.к…………………..ул…………………………………………..№ ……**

**бл………………………вх………………..ет…………………………….ап………………**

***Правно основание:***

* **чл.26, т.6 от Наредба № 15 / 2005г. за имунизациите в Р България,**
* Приложение № 4 към чл. 29г, т.06.01 от „Тарифа за таксите**,** които се събират от органите на държавния здравен контрол и националните центрове по проблемите на общественото здраве по Закона за здравето“

**Прилагам следните документи:**

* Личен имунизационен паспорт / ЛЗОК
* Лична амбулаторна карта / Здравна карта на дете
* Друг документ удостоверяващ извършени имунизации
* Документ за платена държавна такса от 10.00 лв.

 **Заявявам желанието си издаденото от РЗИ – Софийска област „Свидетелство за имунизационно състояние“ да получа:**

* **на място** – в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431, гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, сграден комплекс „Център по хигиена“, ет. III, кабинет № 41; както и в устна форма, за което служител в Центъра за административно обслужване съставя протокол;
* **чрез лицензиран пощенски оператор** или куриерска фирма – ПК 1431, гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, сграден комплекс „Център по хигиена“, ет. III, кабинет № 41; (Разходите за доставка са за сметка на заявителя на услугата)
* **чрез Системата за сигурно електронно връчване** на адрес : https://edelivery.egov.bg

**Начини на плащане на държавната такса за административна услуга:**

 □ **в брой** - в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж III, кабинет № 41, сграден комплекс „Център по хигиена“;

 □ **картови плащания** чрез инсталиран ПОС терминал - в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж III, кабинет № 41, сграден комплекс „Център по хигиена“;

 □ **по банков път** – по транзитната сметка на РЗИ – Софийска област

 Банкова сметка на РЗИ – Софийска област

 Банка: ТБ УниКредит Булбанк АД, офис „Хемус“

 IBAN: BG22 UNCR 9660 3125 0062 16

 BIC: UNCRBGSF

 □ **Е-плащане чрез единната входна точка, достъпна на адрес : https://pay.egov.bg/**

Дата: …………20.… г. Подпис:...........................

***Декларация за ползване на лични данни***

***Изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция - Софийска област да обработва, съхранява и архивира 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 поправка на данните****.*

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