**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ

Гр. София, 1431, бул. Акад. Иван Гешов № 15 e-mailrzi\_so@rzi-sfo.bg

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

Вх. № ..................... / .............. 20 ... г.

**ЧРЕЗ**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. «АКАД. ИВАН ГЕШОВ» № 15**

**ГР. СОФИЯ**

**ДО**

**ИЗПЪЛНИТЕЛНИЯ ДИРЕКТОРА НА**

**ИЗПЪЛНИТЕЛНАТА АГЕНЦИЯ ПО ЛЕКАРСТВАТА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

*(наименование на заявителя)*

Адрес на управление:

гр./с. ......................................................................................, пощенски код ...........................................,

община ......................................................................................................................................................,

ул./бул. ............................................................................................................................. № ....................,

ЕИК: ............................................................................................................................................................

**ГОСПОДИН/ГОСПОЖО/ ИЗПЪЛНИТЕЛЕН ДИРЕКТОР,**

Моля на основание чл. 10, ал. 1 от Наредба № 4 от 2018 г. за условията и реда за унищожаването, преработването или използването за други цели на лекарствените продукти да бъде издадена заповед за унищожаване на следните лекарствени продукти:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | Лекарствена форма | Производител | Партида | Количество | Цена | Обща стойност |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Поради: .......................................................................................................................................................

*(причина)*

Обща стойност: ..........................................................................................................................................

Прилагам и следните документи:

1. заповед за извършване на бракуване на лекарствените продукти, указваща и лицата, отговорни за организиране на бракуването;

2. договор за унищожаване на лекарствените продукти с лице, притежаващо документ по чл. 35, ал. 1 от Закона за управление на отпадъците;

3. документ за платена държавна такса по чл. 29 от Тарифата за таксите, които се събират от органите на държавния здравен контрол и националните центрове по проблемите на общественото здраве по Закона за здравето;

4. ................................................................................................................................................................

*(други допълнителни документи за унищожаването, изискани от ИАЛ: сертификати, удостоверение за внос, писма за волята на дарителя, протоколи за клинични изпитвания и др.).*

Уведомяваме Ви, че РЗИ – Софийска област обработва законосъобразно вашите документи, съдържащи лични данни.

**Дата: .................                                                                                             С уважение: ..................**

*(подпис ипечат)*

**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.
* **E-плащане** чрез единната входна точка, достъпна на адрес: pay.egov.bg