

Вх. № Дата: ден, месец, година	ДО ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:
ЗАЯВЛЕНИЕ за заличаване от регистъра на лицата, практикуващи неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве	
От (трите имена на лицето, регистрирало неконвенционална практика)	
адрес за кореспонденция: (наименование на населено място, община, улица/кв., номер/ блок, ет. апартамент)	
ЕГН 	
телефони за връзка: , e-mail: 	
УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР, Моля, на основание чл. 172, ал. 1, ☐ т. 1 ☐ т. 2	
от Закона за здравето и чл. 8 а, ал. 3 от Наредба No 7 за изискванията към дейността на лицата, които упражняват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, да заличите от регистъра на лицата, които практикуват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве	
 (трите имена на лицето, регистрирало неконвенционална практика)	
притежаващ Удостоверение за регистрация № считано от 	
Приложение:	
☐ Оригинал на издаденото от РЗИ- Удостоверение	
☐ Нотариално заверено пълномощно за упълномощено лице (ако не се подава лично);	
☐ Документ, удостоверяващ смърт или запрещение на регистрираното лице (в тези случаи).	
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