

Бл.№ 7

Вх.№...../.....Г.

за административна услуга №7

ДО
ДИРЕКТОРА
на РЗИ - Варна

ЗАЯВЛЕНИЕ

От
с удостоверение за регистрация №
гр. код.....
община
ул./бул. № П.К.....
тел. електронна поща.....
представявано от
Л.К. № изд. от
На ЕГН.....
адрес:
гр. код.....
община
ул./бул. №..... П.К.....
тел.....

Моля, на основание чл.4, ал.2 от Наредба №5/06.07.2011г. за условията и реда за получаване на разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти от лекари и лекари по дентална медицина и снабдяването им с лекарствени продукти да бъде издадено разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти във:

Гр. код.....
община
ул./бул. №..... П.К.....
тел.....

Лекарствените продукти ще се съхраняват и продават от:

.....
/трите имена/
Л.К. №..... издадена от.....
на ЕГН
адрес:
гр. код.....
община:
ул./бул. № П.К.....
тел.
образователно-квалификационна степен
№ на дипломата..... от дата.....
издадена от

А Кратко описание на сградата:

.....

/магазинни помещения/
.....

/самостоятелна сграда/
.....

/апартамент в жилищна сграда/

В Описание на размерите на помещенията, в които е разкрито лечебното заведение за извънболнична помощ по чл.8, ал.1, т.1, буква „а” или по т.2, буква „а” от ЗЛЗ

1.обща площ.....	м2
2.лекарски кабинет.....	м2
3.чакалня.....	м2
4.манипулационна.....	м2
5.санитарен възел.....	м2
6.други помещения.....	м2
7.място за съхранение на лекарствата.....	м2

Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:

- Лично от звеното за административно обслужване при компетентния орган
- По електронен път на електронна поща
- Чрез лицензиран пощенски оператор на адрес:
.....
.....

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пощенски пратки, и съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели.

Индивидуалният административен акт да бъде изпратен:

- като вътрешна препоръчана пощенска пратка
- като вътрешна куриерска пратка
- като международна препоръчана пощенска пратка

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/а.....
изразявам своето съгласие РЗИ – Варна 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.

дата

ПОДПИС:.....