Вх. №

Дата:
ден, месец, година

ДО ДИРЕКТОРА
НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:

ЗАЯВЛЕНИЕ
за прекратяване на разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти от лекари и лекари по дентална медицина

От
(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

с адрес на лечебното заведение:

вписано в Регистъра на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите при РЗИ с

№ , том , партида

УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Моля на основание ЗЛПХМ и Наредба № 5 от 2011 г. 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 прекратите издаденото от Вас Разрешение за съхранение и продажба на лекарствени

продукти № /

на , ЕГН
(трите имена)

работещ като в

в
(наименование на лечебното заведение)

на адрес:

считано от

Приложение:

- ☐ Оригинал на издаденото от РЗИ- Разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти
- ☐ 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