

Вх. №		ДО ДИРЕКТОРА
Дата:		НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:
	ден, месец, година	

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
за заличаване на регистрацията на обект с обществено предназначение

От: \_\_\_\_\_  
(трите имена)

в качеството на \_\_\_\_\_  
(собственик, управител, изпълнителен директор, упълномощено лице)

на \_\_\_\_\_  
(наименование на юридическото лице/търговеца, който упражнява дейността)

адрес за кореспонденция \_\_\_\_\_  
(гр./с., община/район, в.к./ул., №, бл., вх., ап., тел.)

с ЕИК | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Г-Н/ Г-ЖО ДИРЕКТОР,**  
На основание чл. 12 от Наредба №9 на МЗ за условията и реда за създаване и поддържане на публичен регистър на обектите с обществено предназначение, контролирани от регионалните здравни инспекции (обн. ДВ, бр. 28/2005, изм. ДВ, бр. 38/2011 г.)

Моля да бъде заличен посочения обект с обществено предназначение:  
\_\_\_\_\_  
(наименование на обекта, видове дейности, които се извършват в него)

адрес \_\_\_\_\_

поради следните причини \_\_\_\_\_  
(преустановяване на функциите; промяна в предназначението на обекта;)

**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 \_\_\_\_\_

*Изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция 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: \_\_\_\_\_