

Вх. № <input style="width: 100%;" type="text"/> Дата: <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>ден, месец, година</small>	ДО ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ: <input style="width: 100%;" type="text"/>												
ЗАЯВЛЕНИЕ за издаване на международен сертификат за имунизации													
От <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>(трите имена на заявителя)</small>													
УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР, Моля, да бъде издаден международен сертификат за имунизации													
на лицето <input style="width: 100%;" type="text"/> <small>(трите имена на латиница по лична карта или международен паспорт)</small>													
роден/а на <input style="width: 15%;" type="text"/> ЕГН <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													
Адрес: гр.(с.) <input style="width: 30%;" type="text"/> Община (район) <input style="width: 60%;" type="text"/>													
ул.(ж.к.) <input style="width: 40%;" type="text"/> № <input style="width: 10%;" type="text"/> бл. <input style="width: 10%;" type="text"/> вх. <input style="width: 10%;" type="text"/> ет. <input style="width: 10%;" type="text"/> ап. <input style="width: 10%;" type="text"/>													
Прилагам: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Личен имунизационен паспорт / ЛЗОК <input type="checkbox"/> Лична амбулаторна карта / Здравна карта на дете <input type="checkbox"/> Друг документ удостоверяващ извършени имунизации <input type="checkbox"/> Документ за платена такса 													
Заявявам желанието си издаденият протокол да бъде получен: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Чрез лицензиран пощенски оператор (куриерска услуга) на адрес: <input type="checkbox"/> Лично от звеното за административно обслужване <input type="checkbox"/> Чрез Системата за сигурно електронно връчване <input type="checkbox"/> По електронен път на електронна поща <input style="width: 50%;" type="text"/> 													
<small>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</small>													
Дата: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Подпис												