

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

ЗАЯВЛЕНИЕ
за издаване на разрешение за пренасяне на покойници/ тленни останки/ урна
извън страната

От _____
(трите имена на лицето или фирма на юридическото лице)

в качеството на _____
(съпруг/съпруга, роднина, упълномощено лице или длъжностно лице)

Адрес за кореспонденция _____

ЕИК _____
(когато се подава от погребална агенция, регистрирана на територията на Република България)

Телефон за връзка: _____

УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР,
Заявявам желанието си да ми бъде издадено разрешение за пренасяне на _____

(име, презиме и фамилия на починалия)

роден/а на _____
(дата и място на раждане)

починал/а на _____, в гр./с. _____

причина за смъртта: _____

Пренасянето ще се извърши със специализирано транспортно средство _____

(вид на транспортното средство, регистрационен номер)

собственост на _____
(наименование на физическото или юридическото лице)

вписано под № _____ в публичния регистър на обектите с обществено предназначение,
воден от Регионална здравна инспекция - _____

по маршрут от _____

през _____

до _____

Прилагам следните документи:

1. копие на съобщение за смърт;
2. копие от смъртния акт или препис-извлечение от акт за смърт;
3. копие на документ за самоличност на починалото лице;
4. копие на разрешение за кремация, ако е извършена такава;
5. копие на удостоверение, издадено от лекар със специалност "Съдебна медицина" - когато е извършена аутопсия и/или обработка на тленните останки;
6. пълномощно или копие от договор с погребална агенция;
7. документ за актуална регистрация съгласно законодателството на съответната държава по регистрация - когато заявлението се подава от погребална агенция, която не е регистрирана на територията на Република България;

Заявявам желанието си издаденият протокол 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

С подписване на настоящото заявление изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни с цел осъществяване на законово регламентирани функции.

Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на личните ми данни, доброволния характер на предоставянето на данните и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на коригиране на събраните данни.

Дата:

Заявител: