

| | | | |
|--|--|--|-----|
| Вх. № | ДО ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ: | | |
| Дата: | ден, месец, година | | |
| ЗАЯВЛЕНИЕ за издаване на заверен препис или допълнителен екземпляр от документ | | | |
| От (трите имена): | | | |
| с адрес гр./с/: | район: | | |
| ж.к./ул.: | №: | бл. | вх. |
| телефон за връзка: | ап. | | |
| УВАЖАЕМА ГОСПОЖО / УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР, | | | |
| Моля, да бъде издаден/o/ | | | |
| <input type="checkbox"/> препис | | <input type="checkbox"/> копие | |
| <input type="checkbox"/> или допълнителен документ | | <input type="checkbox"/> дубликат | |
| (наименование на документа) | | | |
| Заявявам, че желая да получа издадения във връзка с административната услуга документ по начин, отбелязан по-долу, и в случай на получаване като куриерска или пощенска пратка, декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пратки и предварително при международна пратка и съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели: | | | |
| <input type="checkbox"/> Лично от звеното за административно обслужване | | | |
| <input type="checkbox"/> като вътрешна препоръчана пощенска пратка (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката) | | | |
| <input type="checkbox"/> като вътрешна куриерска пратка чрез (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката) | | | |
| <input type="checkbox"/> като международна препоръчана пощенска пратка (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при заявяване на услугата) | | | |
| <input type="checkbox"/> по електронен път на електронен адрес | | | |
| Прилагам следните документи: | | | |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| Дата: | Подпись | | |