**ДО**

**ДИРЕКТОРА**

**НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**ГР. БУРГАС**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

От ….……….…….

(трите имена на лицето, упражняващо неконвенционални методи)

ЕГН л.к. № , издадена на ……………...…

от.………………………………………………………………………………………………………….………..

постоянен адрес: ………………..

(наименование на населено място, община, улица/кв., номер/блок, ет.апартамент)

Телефони за връзка: , e-mail:………………………..………

Адрес на практиката: ………………………………………………………………...….……

(населено място, ул., №, кабинет)

**УВАЖАЕМА/И ГОСПОЖО/ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Моля, на основание чл. 172, ал. 1

* т.1,
* т.2,

от Закона за здравето и чл.8а, ал.З от Наредба №7 за изискванията към дейността на лицата, които упражняват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, да заличите от Регистъра на лицата, които практикуват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве:

………………………………............................................................................................……………………………………..

(трите имена на лицето, регистрирало неконвенционална практика)

притежаващ Удостоверение за регистрация №……………….……….., считано от ………...………………г.

**Приложение:**

1. Оригинал на Удостоверение за регистрация на практиката.
2. Нотариално заверено пълномощно за упълномощено лице (ако не се подава лично).
3. Документ, удостоверяващ смърт или запрещение на регистрираното лице (в тези случаи).

**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:

* от звеното за административно обслужване на РЗИ–Бургас, лично или чрез упълномощено от мен лице;
* като вътрешна препоръчана пощенска пратка **(разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката);**
* като вътрешна куриерска пратка чрез **(разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката);**
* като международна препоръчана пощенска пратка **(разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при заявяване на услугата);**

Точен адрес за получаване на документа:……………………………………………………………….....

............................................................................................................................................................................

* по електронен път на електронен адрес: ..........................................................................................

**(съгласно изискванията на Закона за електронното управление и Наредба за общите изисквания към информационните системи, регистрите и електронните административни услуги)**

***Забележка: Вярното се отбелязва с Х.***

**ДЕКЛАРИРАМ:**

Съгласен/а съм Регионална здравна инспекция - Бургас, да събира, съхранява и обработва личните ми данни, относно поисканата от мен административна услуга и/или контролна дейност, осъществена в кръга на правомощията на инспекцията.

Запознат/а съм с:

• Целта и средствата на обработка на личните ми данни.

• Доброволния характер на предоставяне на данните и последиците от отказа за предоставянето им.

• Правото на достъп и на коригиране на събраните данни.

• Запознат съм, че предоставените от мен лични данни попадат под специален режим на защита, съобразно нормите на Закона за защита на личните данни.

• Декларирам, че напълно и недвусмислено се съгласявам представените от мен данни да се обработват по реда, предвиден в Закона за защита на личните данни във връзка с поисканата от мен административна услуга и/или контролна дейност, осъществена в кръга на законовите правомощията на инспекцията и съм уведомен, че имам право да откажа да предоставя настоящото си съгласие, в който случай искането за предоставяне на желаната услуга може да не бъде изпълнено.

• Съгласявам се и изрично овластявам Регионална здравна инспекция - Бургас да предоставя за:

- изпълнение на законовите процедури по предоставяне на административните услуги;

- осъществяван държавен здравен контрол;

- изпълняване на други нейни законови правомощия,

на Министерство на здравеопазването и неговите подчинени административни структури при спазване на чл. 2, ал. 2, т. 2 и 3 от Закона за защита на личните данни, както и на международни организации при спазване на глава VІ от Закона за защита на личните данни, както и на други институции при спазване на нормативните изисквания.

**Дата: ………….………...…г. Подпис: ……….……………..**