Вх. № АУ-258- ............./ ............20.....г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. „АКАД. ИВАН ГЕШOВ” № 15**

**ГР. СОФИЯ**

## З А Я В Л Е Н И Е

**За заличаване на регистрацията на обект вписан в регистъра на обектите за производство**

**на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води**

от .....................................................................................................................................................................................

(трите имена)

в качеството на ...............................................................................................................................................................

(собственик, управител, изпълнителен директор, упълномощено лице)

на .....................................................................................................................................................................................

(наименование на юридическо лице/търговец)

адрес:...............................................................................................................................................................................

ел. адрес: ......................................................................., телефон за контакт: ............................................................

с ЕИК/БУЛТСАТ: .............................................................................................................................................................

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

На основание чл. 27, ал. 1, т. 1 от Закона за храните (Oбн., ДВ, бр. 52/2020 г.) моля да бъде заличена регистрацията на обект:................................................................................................................................................. ………………………………………………………………………...................………........................................................... адрес:................…...............................…..…..............……………………...................………………….........................…

поради следните причини:.............................................................................................................................................

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

*/преустановяване на функциите; промяна в предназначението на обекта;/*

**Заявявам, желанието си издаденият индивидуален административен акт „Заповед за заличаване на регистрация“ да бъде получен:**

□ на място – в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. Акад. Иван Гешов № 15;

□ по електронен път на адрес <https://edelivery.egov.bg/>

□ чрез лицензиран пощенски оператор…………………………....................………………………………………………………………………..

на адрес……………………………………………………………………...................……………………………………………………………………..

□ чрез куриер

на адрес……………………………………………………………………...................……………………………………………………………………..

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка платими при получаването.

Подпис на заявителя: .......................................

***Декларация за ползване на лични данни***

***Изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция - Софийска област 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****.*

Подпис на декларатор: .......................................                                                                       дата: .......................... 20....г.