Вх. № ............................ / ………………

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ – ПЛЕВЕН**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| От |  |

|  |  |
| --- | --- |
| с удостоверение за регистрация № |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| гр. |  | код |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| община: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ул./бул. |  | № |  | п.к. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| тел. |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| представлявано от |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Л.К. № |  | изд. от |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| на |  | ЕГН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| адрес: | |  | | | | | |
| гр. |  | | код |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| община: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ул./бул. |  | № |  | п.к. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| тел. |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Моля. на основание чл. 4. ал. 2 от Наредба Ш 5 от 2011 г. за условията и реда за получаване на разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти от лекари и лекари по дентална медицина и снабдяването им с лекарствени продукти, да бъде издадено разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти във: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| гр. |  | код |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| община: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ул./бул. |  | № |  | п.к. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| тел. |  |  |  |  |  |

Лекарствените продукти ще се съхраняват и продават от:

|  |
| --- |
|  |
| трите имена |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Л.К. № |  | изд. от |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| на |  | ЕГН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| адрес: | |  | | | | | |
| гр. |  | | код |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| община: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ул./бул. |  | № |  | п.к. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| тел. |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| образователно-квалификационна степен: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № на дипломата |  | от дата |  |

|  |  |
| --- | --- |
| издадена от |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **А.**Кратко описание на сградата: | |
| магазинни помещения |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| самостоятелна сграда |  |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| апартамент в жилищна сграда |  |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **В.**Описание на размерите на помещенията, в които е разкрито лечебното заведение за извьнболнична помощ по чл. 8, ап. 1,т. 1, буква ..а или пот. 2, буква.“а“' от Закона за лечебните заведения: | | | |
| **1** | обща площ |  | m**2** |
| **2** | лекарски кабинет |  | m**2** |
| **3** | чакалня |  | m**2** |
| **4** | манипупационна |  | m**2** |
| **5** | санитарен възел |  | m**2** |
| **6** | други помещения |  | m**2** |
| **7** | място за съхранение на лекарствата |  | m**2** |

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата: …………………………г. С уважение:

………………….

/подпис/

Предоставените от Вас данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информация, и се обработват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на Регионалната здравна инспекция - Плевен.