*РЗИ – Пловдив АУ-685*

**Вх. №……………/…………………….**

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**ПЛОВДИВ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от ……………………………………………………………………………………………………………

с удостоверение за регистрация № ……………………

гр./с. ………………………………………….………… община …………………………………………

ул./бул. ……………………………………………………………… телефон ……………………………

представлявано от …………………………………………………………………………………………

л. к. № ……………………., издадена от …………………….…………………. на ……………………..

ЕГН ……………………………..

адрес: гр./с. ………………………………………………… община ……………………………………

ул./бул. ……………………………………………………..……. телефон ………………………………

Моля, на основание чл. 4, ал. 2 от Наредба № 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 в:

гр./с. ………………………………………….………… община …………………………………………

ул./бул. ……………………………………………………………… телефон ……………………………

Лекарствените продукти ще се съхраняват и продават от:

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

*(трите имена)*

л. к. № ……………………., издадена от …………………….…………………. на ……………………..

ЕГН ……………………………..

адрес: гр./с. ………………………………………….………… община …………………………………

ул./бул. ……………………………………………………………… телефон …………………………..

образователно-квалификационна степен: ………………………………………………………………..

№ на дипломата …………………………………… от дата …………………………………………….

**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 извънболнична помощ по чл. 8, ал. 1, т. 1, буква „а“ или по т. 2, буква „а“ от Закона за лечебните заведения:

1. обща площ ……………………………………………… m**2**

2. лекарски кабинет ………………………………………. m**2**

3. чакалня …………………………………………………. m**2**

4. манипулационна ……………………………………….. m**2**

5. санитарен възел ………………………………………… m**2**

6. други помещения ………………………………………. m**2**

7. място за съхранение на лекарствата …………………… m2

**Декларирам, че желая изходният документ да бъде получен:**

* в център за административно обслужване на РЗИ - Пловдив – лично или от упълномощено от мен лице:
* чрез лицензиран пощенски оператор
* като вътрешна препоръчана пощенска пратка
* като вътрешна куриерска пратка на адрес: ..…………..……………………………..……....…

**Уведомен съм, че разходите са за моя сметка и цената за пощенската услуга се заплаща от мен при доставяне на пратката.**

* като международна препоръчана пощенска пратка

**Уведомен съм, че разходите са за моя сметка и се заплащат на административния/компетентния орган, който от своя страна заплаща пощенската услуга на лицензирания пощенски оператор при подаване на пратката.**

* по електронен адрес съгласно Закона за електронното управление ………………………………
* в профил, регистриран в Информационната [система за сигурно електронно връчване](https://edelivery.egov.bg/) като модул на [Портала на електронното управление](https://egov.bg/wps/portal/egov/nachalo) по смисъла на Закона за електронното управление: https://edelivery.egov.bg/

*Забележка: Вярното се отбелязва с Х.*

Подпис:......................