*Бланка № АУ-341\_2024*

**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ

Гр. София, 1431, бул. Акад. Иван Гешов № 15 e-mail: rzi\_so@rzi-sfo.bg

Тел. 02/807 87 00; факс: 02/807 87 10 www.rzi-sfo.bg

Вх. № ……………………………….

Гр. София,………………………… 20…. г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**гр. София**

**бул. „Акад. Иван Гешов” № 15**

На вниманието на инспектора по наркотични вещества

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от .........................................................................................................................., Рег.............................................

 (име, презиме, фамилия на магистър фармацевта по чл. 34 от ЗКНВП)

при....................................................................................................................................................................................................,

(наименование на ЕТ или юридическото лице)

притежаващ разрешение №……………………..за откриване на аптека, издадено по реда на ЗЛПХМ и лицензия № ........................... / ..................... за търговията на дребно и съхраняване на наркотични вещества от приложения № 2 и 3 към ЗКНВП и техните препарати

……………………………………………………………………………………………………………………………………,

(наименование на аптеката)

адрес на аптеката:……………………………………………………………………………………………………………..

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

Тел………………………………факс………………………………..email……………………..…………...………………

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

Моля да ми бъдат предоставени:

………….…… броя кочана специални формуляри за поръчка на наркотични

вещества (приложение № 1 към чл. 9 ал.1, Наредба № 21 от 12.10.2000г. за изискванията към документацията и отчетността при извършване на дейности с наркотични вещества и техните препарати)

Прилагам преводно нареждане/вносна бележка за заплащане на ........... броя кочани, на стойност ............. лв. по сметката на МЗ.

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

*Декларация за ползване на лични данни*

Запознат съм с Политиката за прозрачност, обявена на интернет страницата на на РЗИ – Софийска област и **ДАВАМ СВОЕТО СЪГЛАСИЕ** за обработване на 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 корекция на данните.

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