Вх. № АУ – 466 - ............./..............20... г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. „АКАД. ИВАН ГЕШОВ” № 15**

**ГР. СОФИЯ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**за регистрация на обект за производство**

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

От ................................................................................................................................................................................................................................

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

(*собственик, управител, изпълнителен директор, упълномощено лице*)

на фирма.......................................................................................................................ЕИК/БУЛСТАТ .....................................................................

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

ж.к./ул........................................................................................................... № ........ бл. .......вх. .......ап.......тел......................................................

ел. адрес:...................................................................................................................., тел/факс ..............................................................................

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

Моля, да впишете в регистъра по чл. 28 от Закона за храните:

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

(наименование и вид на обекта)

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

ж.к./ул. ................................................................................................................ № ....... бл. ....... вх. ....... ап. ...... тел............................................

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

(вид на бутилираната вода)

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

(търговско наименование)

Вид водоснабдяване в обекта и начин на отвеждане на отпадните води: ……………………………………………………………………………...

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

Данни за производствения капацитет на обекта: ……………………………………………………………………………………………………………

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

Декларирам, че:

1. са изпълнени изискванията на Регламент (ЕО) № 852/2004.

2. имам разработена технологична документация.

3. имам разработен проект на система за управление на безопасността на храните, съизмерима с вида и размера на производството, която включва добри практики за производство на бутилираните води, които ще се произвеждат в обекта.

Моля, денят и часът на проверката по чл. 26, ал. 9 от ЗХ да се уточнят предварително с: ......................................................................................................................................................................................................................................

(име и фамилия на лицето)

на длъжност................................................................................................................................... тел....................................................................

**Заплащането на извършената услуга ще извърша:**

□ в брой - в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж 3, кабинет № 41;

□ картови плащания чрез инсталиран ПОС терминал - в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж 3, кабинет № 41;

□ по банков път - по транзитната сметка на РЗИ – Софийска област;

□ E-плащане чрез единната входна точка, достъпна на адрес: https://pay.egov.bg/.

**ПРИЛОЖЕНИЯ:**

1. Документ за платена държавна такса.

2. Копие на удостоверение за въвеждане в експлоатация по чл. 177, ал. 3 от ЗУТ.

Дата: .................................... ПОДПИС: ......................................

Забележка. Услугата може да бъде заявена с уведомление в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област или като препоръчана пощенска или куриерска пратка. Заявлението може да бъде подавано и по електронен път, подписано с електронен подпис, основан на квалифицирано удостоверение за електронни подписи или квалифициран електронен подпис“.

*\*Предоставените от Вас лични 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 РЗИ – Софийска област.*

**ДЕКЛАРИРАМ:**

Съгласен/а съм Регионална здравна инспекция – Софийска област, 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 – Софийска област 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.

Декларатор: име, фамилия........................................................................................... Подпис……………….................

Дата ……………………….