Вх.№ АУ-477-.........................................../............... 201....г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. „АКАД. ИВАН ГЕШОВ” № 15**

**ГР. СОФИЯ**

## З А Я В Л Е Н И Е

от *(трите имена)* ....................................................................................................................................................................................

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

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

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

(*собственик, управител, изпълнителен директор, представител по пълномощие-№ и дата на нотариално заверено пълномощно*)

на фирма................................................................................................................................................. ЕИК ..........................................

със седалище ..............................................................................................................................................................................................

адрес на управление: гр./с. ................................................................................................... община.......................................................

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

ел. адрес. ...........................................................................................................................тел/факс ..........................................................

## УВАЖАЕМа/И госпожо/ГОСПОДИН директор,

Моля, да ми бъде издаден/о:

□ заверен препис □ допълнителен екземпляр

*от ...........................................................................................................................................................................................................................*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

/наименование на документа/

**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/.

**Заявявам, желанието си издаденият индивидуален административен акт „Заверен препис или допълнителен екземпляр от документ“ 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, етаж 3, кабинет № 41;

□ 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.

Заявител: .....................................

(подпис)

***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.