*Бланка № АУ-685\_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](mailto:rzi_so@rzi-sfo.bg)

Тел. 02/807 87 00; факс: 02/807 87 10 [www.rzi-sfo.bg](http://www.rzi-sfo.bg)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вх. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | | | | | | | | | | | | | | **ДО** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | **ДИРЕКТОРА НА** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | **РЗИ-СОФИЙСКА ОБЛАСТ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***З А Я В Л Е Н И Е*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| От ....................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| с Удостоверение за регистрация № ................................................................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| гр. | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | код | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| община: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ул./бул. | | | | |  | | | | | | | | | | | № | |  | | | | | п.к. | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| тел. | | |  | | | | | | | | | | | Email…………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| представлявано от .......................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Л.К. № | | |  |  | | | | | | изд. от | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| на |  | | | | ЕГН |  |  |  | | | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| адрес: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| гр. | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | код | | | |  | | | |  | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| община: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ул./бул. | | | | |  | | | | | | | | | | | № | |  | | | | | п.к. | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| тел. | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **УВАЖАЕМИ/А/ ГОСПОДИН/ГОСПОЖО/ ДИРЕКТОР,** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| във: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| гр. | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | код | | | |  | |  | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| община: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ул./бул. | | | | |  | | | | | | | | | | | № | |  | | | | | п.к. | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| тел. | | |  | | | | | | | | | | | Email………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. | | |  | | | | | | Email…………………………………………….. | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| Oбразователно-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 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 ……..…….m(2) | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| град................................ | | | | | | | подпис: ............................................................................ | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | (печат) | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| дата................................ | | | | | | | .......................................................................................... | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | (трите имена на лицето) | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |

**Желая да получа отговор**:

(отбелязва се избрания начин на получаване)

□ С писмо (на посочения адрес)

□ На място в звеното за административно обслужване

□ Чрез куриер, за сметка на получателя

□ По електронен път на адрес: <https://edelivery.egov.bg/>

Уведомяваме Ви, че РЗИ – Софийска област обработва законосъобразно вашите документи, съдържащи лични данни.

**Подпис: ………………………….. Дата: ……………………….год.** *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.