*Бланка № АУ-1336\_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**

**З А Я В Л Е Н И Е**

 **за прекратяване на издадено разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*/наименование на лечебното заведение/*

Представлявано от

–––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––––

 /*трите имена на лекаря/лекаря по дентална медицина/*

с адрес на лечебното заведение гр./с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_................................

вписано в Регистъра на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите .................

с Рег.№............................, том................., партида...............адрес, телефон, факс, електронен

 адрес за връзка:.........................................................................................................................

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

Заявявам желание да бъде прекратено издаденото от Вас Разрешение за съхранение и ..

продажба на лекарствени продукти №......../...................г.

на.................................................................................................................................................

*/наименование на лечебното заведение/*

Представлявано от:..........................................................................................................................

считано от..................................20.........г.................

**Припожения:**

**-**оригинал на издаденото от РЗИ разрешениеза съхранение и продажба на лекарствени продукти ;

-нотариално заверено пълномощно за упълномощено лице /ако не се подава лично/.

**Заявявам, че желая да получавам документи, съобщения и индивидуалния административен**

**Акт, който да бъде издаден по следния начин:**

□ На място в в РЗИ в звеното за административно обслужване или

-чрез лицензиран пощенски оператор, или

- по електовнен път на следния електронен адрес:.......................................,който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съответния документ от информационна система за връчване, или на следния персонален профил, регистриран в информационна система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление: <https://edelivery.egov.bg/>, или

-на следния мобилен или стационарен телефонен номер............................................., който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съответния документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или

-по факс на следния номер:..................................................................................................................

*/вярното се огражда и се дописва необходимата информация при налично поле за това/*

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

 */имена/*

**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.