*Бланка № АУ-1349\_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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  /ЕТ / Юридическо лице/  Със седалище и адрес на управление:  гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  община:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ул./бул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ п.к. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  представлявано от : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ЕИК**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**  **Моля на основание чл.239 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина да бъде издадено удостоверение за регистрация на дрогерия в:**  гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  община: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ул./бул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ п.к. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Дрогерията ще се ръководи от:**  / трите имена /  Л.К. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ изд.от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЕГН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес :  гр:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  община:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ул./бул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ п.к. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Забележка** : При промяна на данните, посочени в молбата, лицето е задължено в седемдневен срок да уведоми Изпълнителната агенция по лекарствата.  **Прилагам следните документи** :   1. Дипломa /нотариално заверено копие/ за завършено медицинско образование на лицето, определено за ръководител на дрогерията; 2. Документ за трудов стаж по специалност на лицето по т.1 3. Медицинско свидетелство на лицето по т.1; 4. Документ за платена държавна такса в размер, определен в чл.32 от Тарифа за таксите, които се събират по Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.   Начини на плащане:   * **По банков път :**   ***БАНКОВА СМЕТКА на РЗИ – Софийска област:***  БУЛСТАТ: 176032724 Банка: ТБ УниКредит Булбанк АД, офис „Хемус”  IBAN: BG22UNCR96603125006216  BIC: UNCRBGSF   * **В брой –** на каса в звеното за административно обслужване/деловодство на адрес: град София, 1431 бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15 * **Картови плащания чрез инсталиран ПОС терминал –** в звеното за административно обслужване/деловодство на адрес: град София, 1431 бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15. * **Чрез Виртуален ПОС терминал на интернет страницата**: [www.rzi-sfo.com](http://www.rzi-sfo.com).   **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/>  **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.