*Бланка № АУ-1573\_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](http://www.rzi-sfo.com)

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.............................................................................................. на длъжност............………............……...

 /име, презиме, фамилия на възложителя/

фирма ...........................................................................................................…………..………… с адрес:

гр. /с./..............................................……...… район …...........….................................…….........................

ул. (ж.к.).............................................…………………….......…… № .............. бл. …........... вх. ......….....

email………………………………....…………………………….....…, тел. …............…….............................

**УВАЖАЕМИ/А/ ГОСПОДИН/ГОСПОЖО/ ДИРЕКТОР,**

# Моля да ми бъде издадено хигиенно заключение за търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека

обект: .................................………….........…...........….....................................….......……………..............

на адрес: гр. /с./..............................................…… район …......................…..........….......................……

ул. (ж.к.)..................................................................………......…...….№ ........... бл. …........... вх. ......…...

**Приложение**:

1. Инвестиционен проект на помещенията, част „Архитектура“ – с обяснителна записка, разпределение и разрези;
2. Трудов договор или договор за управление на аптеката, сключен с магистър-фармацевт или с помощникк -фармацевт. /*Когато лицето по ал .1 е магистър фармацевт и е ръководител на аптеката, не е необходимо представянето на трудов договор или договор за управление на аптеката/;*
3. Копие от акта за създаване на лицата по чл.222, ал.4 на ЗЛПХМ;
4. Диплома за завършено образование на ръководителя на обекта – нотариално заверено копие;
5. Протоколи от акредитирана лаборатория, удостоверяващи съответствието на изискванията на параметрите на изкуственото осветление;
6. Документ за платена държавна такса в РЗИ Софийска област;

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

**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.