Вх. № РД-20-...../.............20..... г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА**

**ИНСПЕКЦИЯ – ВЕЛИКО ТЪРНОВО**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(трите имена на лицето, регистрирало неконвенционална практика, представител на лицето)

ЕГН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, л.к. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, издадена на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

постоянен адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(населено място, община, улица/кв., номер/блок, ет., ап.)

Телефони за връзка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**УВАЖАЕМА/И ГОСПОЖО/ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Моля на основание чл. 172, ал. 1,

* т. 1,
* т. 2

от Закона за здравето и чл. 8а, ал. 3 от Наредба № 7 за изискванията към дейността на лицата, които упражняват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, **да заличите** от **регистъра на лицата**, които практикуват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(трите имена на лицето, регистрирало неконвенционална практика)

притежаващ удостоверение за регистрация № \_\_\_\_\_\_\_\_, считано от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Моля и да заличите от **публичния регистър на обектите** с обществено предназначение, контролирани от РЗИ - Велико Търново, обекта, в които се прилагат неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве с регистрационен № ............................./.........................г.

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

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

Декларирам, че обектът не функционира като такъв от ...................................................г.

*Приложения:*

* Оригинал на издаденото от Регионална здравна инспекция – Велико Търново удостоверение за регистрация;
* Нотариално заверено пълномощно за упълномощено лице (ако не се подава лично);
* Документ, удостоверяващ смърт или запрещение на регистрираното лице (в тези случаи)

Заявявам, че желая да получа копие(я) на издадения(ите) във връзка с административната услуга индивидуален(и) административен(и) акт(ове) – заповед(и):

* на място в РЗИ,
* на следния адрес чрез лицензиран пощенски оператор (*разходите за изпращане са за моя сметка*):

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

* по електронен път на адрес: ..............................

дата: ................... Подпис:

гр. ................................