***Приложение №2***

Вх. №……..……../………………… г.

АУ-259

До

ДИРЕКТОРА

на РЗИ - Русе

# ЗАЯВЛЕНИЕ

От ......................................………….........................…...............................................….........………….……….

име, презиме и фамилия

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

ЕИК: ………………………,e-mail:………………………………… тел. ............………………………………

Адрес на управление: гр./с...............................ул......................................... №…. бл…………….…….. вх. …

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

Моля, да ми бъде издадено ***здравно заключение за съгласуване избор на площадка******за разполагане*** **на обект *ИИЙЛ***

Лечебно заведение ...................................................................................................................................

Обект:………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………

на адрес гр. (с.) .................................. община ………........................................…................................

ул. /ж.к./ ................................................................................................. №..............................................

ИЗПОЛЗВАНИ ИЙЛ ............................................................................................................………………

(тип рентгенова уредба, технически данни, ф.№, РАВ, дефектоскопи и др.)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Прилагам следните документи:

- документи по чл. 23 на Наредба 13 /16.12.2016 за осигуряване на радиационна защита при работа с рентгенови уредби за мед. цели ДВ103/2016

- документ за платена такса, съгласно чл. 21в от Тарифата за таксите, които се събират от органите на държавния здравен контрол ( ДВ бр 38/2011) в размер на 55,00 лв.

Заявлението се представя в РЗИ от ......................................................………………………............…

**Заявявам желанието си Здравното заключение да бъде получено:**

□ Лично от ЦАО.

□ Чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: .........................................................., като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването на акта за вътрешни пощенски пратки, и съм съгласен документите да бъдат пренасяни от оператора за служебни цели. Индивидуалният административен акт да бъде изпратен:

• като вътрешна препоръчана пощенска пратка;

• като вътрешна куриерска пратка;

• като международна препоръчана пощенска пратка.

□ По електронен път на електронен адрес.....................................................

**Заявявам, че доброволно предоставям личните си данни и изразявам съгласие РЗИ - Русе да обработва, съхранява и архивира данните ми чрез компютърни и други системи с цел осъществяване на законово регламентираните си функции. Предварително съм информиран за целите и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването им, както и за правото ми на достъп до, на поправка и изтриване на данните.**

Дата: ………………. г. Подпис: ……………….