Вх. № ................................... / ………………

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - БЛАГОЕВГРАД**

**З А Я В Л Е Н И Е**

От ...............................................................................................................................................................

(трите имена на лицето, упражняващо неконвенционални методи)

ЕГН ………….....................…………, л.к.№ …………….…........……., издадена на …….……….. от …..….................................………..................................................................................................

постоянен адрес: ......................................................................................................................................

(наименование на населено място, община, улица/кв., номер/блок, ет.апартамент)

Телефони за връзка: …………………………………………….., e-mail: ……………………………

Адрес на практиката:…………..…….………………………………………………………………….

(населено място, ул., №, кабинет)

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

 Моля, на основание чл. 172, ал. 1

 по искане на лицето, регистрирало неконвенционална практика;

 при смърт на регистрирания или поставянето му под запрещение;

от Закона за здравето и чл.8а, ал.3 от Наредба №7 за изискванията към дейността на лицата, които упражняват нековенционални 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……………..………………г.

 **Приложение:**

1. Оригинал на издаденото от РЗИ – Благоевград Удостоверение за регистрация.
2. Нотариално заверено пълномощно за упълномощено лице (ако не се подава лично)
3. Документ, удостоверяващ смърт или запрещение на регистрираното лице (в тези случаи)

**Заявявам, желанието си издадения индивидуален административен акт да бъде получен:**

* Лично от сградата на РЗИ Благоевград
* Чрез лицензиран пощенски оператор…………………….……………………………………

 на адрес............................................................................................................................................

 като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването

* По електронен път на електронна поща:.......................................................................................

Дата: ………………………… Подпис: ………………...

Предоставените от Вас лични данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информация и се обработват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на РЗИ Благоевград.