**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**ГР. БЛАГОЕВГРАД**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

за прекратяване регистрацията на дрогерия

от: ..............................................................................................................................................................,

*(имената на лицето, получило удостоверение за регистрация на дрогерия/ упълномощено лице)*

с ЕГН ................................................, в качеството си на ...............................................................

с адрес на дрогерията: .............................................................................................................................,

вписана в Регистъра на издадените удостоверения за регистрация на дрогерия

телефон/ електронен адрес за връзка: ....................................................................................................

Заявявам желание да бъде прекратено издаденото от Вас удостоверение за регистрация на дрогерия № ............................ /........................................... г.

на ...............................................................................................................................................................,

*(наименование на дрогерията)*

представлявано от: ..................................................................................................................................,

считано от ................... 20........ г., поради:

1. по искане на лицето, получило удостоверение за регистрация на дрогерия;
2. прекратяване регистрацията в Търговски регистър;
3. смърт на регистрирания.

**Приложения:**

1. оригинал на издаденото от РЗИ удостоверение за регистрация на дрогерия;
2. нотариално заверено пълномощно за упълномощено лице *(ако не се подава лично);*
3. документ, удостоверяващ прекратяването на юридическото лице *(в съответния случай);*
4. документ, удостоверяващ смърт на регистрираното лице *(в съответния случай).*

**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:............................................................................................

*(вярното се огражда и се дописва необходимата информация при налично поле за това)*

Заявител: ....................................................................................................................................................

*(имена)*

Подпис: ..................................

Дата: .......................................