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

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**ГР. БЛАГОЕВГРАД**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

[ ]  ЗА ИЗДАВАНЕ НА УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА РЕГИСТРАЦИЯ НА ДРОГЕРИЯ

[ ]  ЗА ПРОМЯНА В ОБСТОЯТЕЛСТВАТА, СВЪРЗАНИ С ИЗДАДЕНО УДОСТОВЕРЕНИЕ ЗА РЕГИСТРАЦИЯ НА ДРОГЕРИЯ

***Посочва се номерът на издаденото удостоверение и обстоятелствата, подлежащи на промяна:***

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

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

от ..................................................................................................................................................................................

*(ЕТ/ юридическо лице)*

със седалище и адрес на управление:

гр. ........................................................, пощ. код ....................., община/район ....................................................., ул./бул. ......................................................... № .............., тел./моб. тел. ......................................, представлявано от ............................................................................., л.к. № …..........................., изд. от ...................................... на ............................, с ЕГН: ........................................ с постоянен адрес: гр. ......................................................., пощ. код .................., Община/район ………..………................................................, ул./бул. ……….............................................................................. № ............., тел./моб. тел. ................................................

 **УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Моля на основание чл. 240, ал. 1 и чл. 242 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина да бъде издадено удостоверение за регистрация на дрогерия в:

**Адрес на дрогерията:**

гр. ........................................................., пощ. код .................., община/район .........................................., ул./бул. .......................................................................... № ................, тел./моб. тел. ...............................................,

**Дрогерията ще се ръководи от:**

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

*(трите имeна)*

л.к. №................................. изд. от .............................................. на ............................ ЕГН: ……….......................

с постоянен адрес: гр. .............................................................................................., пощ. код ....................., община/район ............................................, ул./бул. ………............................................................... № ................, тел./моб. тел. ............................................., образователно квалификационна степен:

.................................................................................................. № на дипломата …………………........................... от дата ................................, издадена от ...................................................................................................................

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

**Прилагам следните документи:**

***Забележка*:** При промяна на обстоятелствата, свързани с издаденото удостоверение за регистрация на дрогерията, се прилагат само свързаните с промяната документи

[ ]  данни за Единния идентификационен код на търговеца или кооперацията от Търговския регистър, а за дружествата, регистрирани в държава - членка на Европейския съюз, или в държава - страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство - документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава на лицата по чл. 238, ал. 1 от ЗЛПХМ;

[ ]  документ за образование на лицето, определено за ръководител на дрогерията – нотариално заверено копие и свидетелство за съдимост, ако не е български гражданин;

[ ]  медицинско свидетелство на лицето, определено за ръководител на дрогерията - оригинал;

[ ]  декларация, че ръководителя на дрогерията не е лишен от правото да упражнява професията си – оригинал;

[ ]  документ, удостоверяващ най-малко една година стаж по специалността на лицето, определено за ръководител на дрогерията (заверено копие от трудова книжка, оригинал на удостоверение за трудов стаж)

[ ]  документ за платена държавна такса в размер, определен в тарифата по чл. 21, ал. 2 от ЗЛПХМ - оригинал.

* Плащане в брой. Прилагам вносна бележка.
* Плащане по банков път. Прилагам вносна бележка.

**Забележка**: При промяна на данните, посочени в заявлението, лицето е задължено да уведоми Регионалната здравна инспекция.

**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.