**ДО**

**ДИРЕКТОРА**

**НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА**

**ИНСПЕКЦИЯ ГР. БЛАГОЕВГРАД**

**З А Я В Л Е Н И Е**

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

с удостоверение за регистрация № ……………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| гр. |  |  | код |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

община

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ул./бул. |  | № |  | п.к. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| тел. |  |

представлявано от …………………………….……………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| л.к.№ |  | изд. от |  | на |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЕГН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

адрес:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| гр. |  |  | код |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

община

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ул./бул. |  | № |  | п.к. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| тел. |  |

**УВАЖАЕМИ Д-Р** ....................................,

Моля, на основание чл. 4, ал. 2 от Наредба № 5 от 2011 г.за условията и реда за получаване на разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти от лекари и лекари по дентална медицина и снабдяването им с лекарствени продукти

да бъде издадено разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти във:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| гр./с. |  |  | код |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

община

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ул./бул. |  | № |  | п.к. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| тел. |  |

Лекарствените продукти ще се съхраняват и продават от :

|  |
| --- |
|  |

трите имена

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| л.к.№ |  | изд. от |  | на |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЕГН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

адрес:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| гр. |  |  | код |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

община

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ул./бул. |  | № |  | п.к. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| тел. |  |

образователно-квалификационна степен ….……………………………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № на дипломата |  | от дата |  |

|  |  |
| --- | --- |
| издадена от |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| А | Кратко  описание  на сградата | ………………………………………………………………………………  (магазинни помещения,  ………………………………………………………………………………  самостоятелна сграда,  ………………………………………………………………………..……..  апартамент в жилищна сграда) |

|  |  |
| --- | --- |
| В | Описание на размерите на помещенията, в които е разкрито лечебното заведение за извънболнична помощ по чл. 8, ал. 1, т. 1 ,буква „а” или по т. 2, буква”б” от Закона за лечебните заведения:   1. обща площ ……………………………………………. m2 2. лекарски кабинет …………………………………….... m2 3. чакалня ………………………………………………… m2 4. манипулационна ………………………………………. m2 5. санитарен възел ……………………………………….. m2 6. други помещения ……………………………………… m2 7. място за съхранение на лекарства ……………………. m2 |

Заявявам, че желая да получавам документи и съобщения, както и индивидуалния административен акт, който да бъде издаден по заявлението ми, по следния начин:

- на място в РЗИ (в Звеното за административно обслужване), или

- чрез лицензиран пощенски оператор, или

- по електронен път на следния електронен адрес: .........................................., който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване, или

- на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление: ........................................................., или

- на следния мобилен или стационарен телефонен номер: .................................., който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението, или

- по факс на следния номер: ............................................................................................................

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

град.............................                    подпис: ............................................

дата.............................                   (печат)

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

(трите имена на лицето)