|  |
| --- |
| **ДО ДИРЕКТОРА**  **НА РЗИ РАЗГРАД**  **З А Я В Л Е Н И Е**  от……………………………………………………………………………………………………..........................................  *(трите имена на лицето или фирма на юридическото лице)*  в качеството на ………………………………………………………………………………….……….………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..,  *(съпруг/съпруга, роднина, упълномощено лице или длъжностно лице)*  адрес:  гр./с ………………………………………………………………………………………………………..,  ЕИК: …………………………………………………………………………………………………….….,  *(когато се подава от погребална агенция, регистрирана на територията на РБ)*  тел.: ………………………………………………………………………………………………………...  **УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**  Заявявам желанието си да ми бъде издадено разрешение за пренасяне на  покойника/тленните останки на/урната на: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…,  *(име, презиме и фамилия на починалия)*  роден/а на ……………………………………………………………………………………………………………….….………….……,  *(дата и място на раждане)*  починал/а на ………………………………………………………………………………….………………………………………………  в гр./с. …………………………………………………………………………………………………………………………………...…...,  причина за смъртта: …………………………………………………………………………………….…………………….…..……  Пренасянето ще се извърши със специализирано транспортно средство  …………………………..…..……………………………………………………………………….........................................  *(вид на транспортното средство, регистрационен номер)*  собственост на ……………………………………………………………………………….…………...…………………….…...…,  *(наименование на физическото* *или юридическото лице)*  вписано под № ………………………………………………………………………………………………......................…….  в публичния регистър на обектите с обществено предназначение, воден от Регионална  здравна инспекция - ……………………………………………………………………………………………………..............,  по маршрут от ………………………………………….……………………………….…………………………………………..………  през …………………………………………………………………….………………………………………………………………………...  до …………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  Прилагам следните документи:  1. копие на съобщение за смърт;  2. копие от смъртния акт или препис-извлечение от акт за смърт;  3. копие на документ за самоличност на починалото лице;  4. копие на разрешение за кремация, ако е извършена такава;  5. копие на удостоверение, издадено от лекар със специалност "Съдебна медицина" - когато е извършена аутопсия и/или обработка на тленните останки;  6. пълномощно или копие от договор с погребална агенция;  7. документ за актуална регистрация съгласно законодателството на съответната държава по регистрация - когато заявлението се подава от погребална агенция, която не е регистрирана на територията на Република България;  8. документ за платена такса:   на каса         ПОС терминал  банков път  Желая да получа издадения във връзка с административната услуга документ по начин, отбелязан по-долу. В случай на получаване като куриерска или пощенска пратка декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пратки и предварително при международна пратка, и съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели:   от центъра за административно обслужване на регионалната здравна инспекция лично или чрез упълномощено от мен лице;   чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: …………………………………………………...…..……..;   като вътрешна препоръчана пощенска пратка (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката);   като вътрешна куриерска пратка чрез …………………………………………………………………………....……  (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката);   като международна препоръчана пощенска пратка (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при заявяване на услугата) на адрес:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..;  *(точен адрес за получаване на документа)*   по електронен път на електронен адрес:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..,  съгласно изискванията на Закона за електронното управление и Наредбата за общите изисквания към информационните системи, регистрите и електронните административни услуги.  ***Забележка.***  Вярното се отбелязва с Х.  С подписване на настоящото заявление изразявам своето съгласие Регионална здравна инспекция гр. Разград, да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни с цел осъществяване на законово регламентираните функции.  Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на личните ми данни, доброволния характер на предоставянето на данните и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на коригиране на събраните данни.  Дата……………………….г.                                                        Заявител: ………………………  гр. ........................                                                                             *(подпис)*  *Забележка.* Услугата може да бъде заявена със заявление на гише в центъра за административно обслужване или по пощата. Заявлението може да бъде подавано и по електронен път, подписано с електронен подпис, основан на квалифицирано удостоверение за електронни подписи или квалифициран електронен подпис. |