**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**ГРАД БЛАГОЕВГРАД**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

(трите имена на лицето)

............................................................................................................................................................................. (наименование на лечебното заведение)

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

(адрес на лечебното заведение)

с № ......................... в регистъра на РЗИ на лекарите, имащи право да предписват лекарствени продукти, съдържащи високорискови упойващи и психотропни вещества;

Моля да ми бъдат предоставени:

……………… броя кочани специални рецептурни бланки със зелен цвят

……………… броя кочани специални рецептурни бланки с жълт цвят

С уважение: ……………………

 (подпис)

Изразявам своето съгласие РЗИ – Благоевград да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи с цел осъществяване и изпълнение на регламентираните и правомощия. Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на поправка на данните.

Дата *............* 20..*...* г. ............................................................................................................

*Име, фамилия, подпис*