Прилож. № 1

Вх. № АУ-685-\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**ДО ДИРЕКТОРА**

**НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**КЪРДЖАЛИ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

с удостоверение за регистрация № .....................................................................................................

гр. ........................................................ код ................... община ........................................................

ул./бул. .......................................................... № .......... п.к. ................. тел. ......................................

представлявано от ...............................................................................................................................

л.к. № ..............................., издадена на ................... от .............................. ЕГН ..............................

адрес: гр. ........................................................ код ................... община ............................................

ул./бул. .......................................................... № .......... п.к. ................. тел. ......................................

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

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. ........................................................ код ................... община ........................................................

ул./бул. .......................................................... № .......... п.к. ................. тел. ......................................

Лекарствените продукти ще се съхраняват и продават от: .............................................................

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

(трите имена)

л.к. № ..............................., издадена на ................... от .............................. ЕГН ..............................

адрес: гр. ........................................................ код ................... община ............................................

ул./бул. .......................................................... № .......... п.к. ................. тел. ......................................

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

№ на диплома ............................ от дата ....................... издадена от /............................................/

А. Кратко описание на сградата:

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

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

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

(магазини, помещения, самостоятелна сграда, апартамент в жилищна сграда)

В. Описание на размерите на помешенията, в които е разкрито лечебното заведение за извънболнична помощ по чл.8, ал.1, т.1, буква ”а” или по т.2, буква “а” от Закона за лечебните заведения:

обща площ ......................... m(2)

лекарски кабинет ......................... m(2)

чакалня ......................... m(2)

манипулационна ......................... m(2)

санитарен възел ......................... m(2)

други помещения ......................... m(2)

място за съхрание на лекарствата ......................... m(2)

**Заявявам желанието си издаденото разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти да бъде получено:**

* лично от центъра за административно обслужване
* по електронен път на електронен адрес……………………………………………………
* чрез лицензиран пощенски оператор на адрес:…………..……………………………….,

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пощенски пратки, и съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели. Индивидуалният административен акт да бъде изпратен:

* като вътрешна препоръчана пощенска пратка
* като вътрешна куриерска пратка
* като международна препоръчана пощенска пратка

***Забележка: Вярното се отбелязва с Х.***

С уважение: ...................................... Дата: ................................

 *(подпис)*

|  |  |
| --- | --- |
| дата.............. | .......................................................................................... |
|   | (трите имена на лицето) |

**ДЕКЛАРАЦИЯ ОТ ЗАЯВИТЕЛЯ НА УСЛУГАТА**

Изразявам своето съгласие РЗИ – Кърджали да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи с цел осъществяване на законово регламентираните й функции. 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