

**ДО**  
**ОБЛАСТНИЯ УПРАВИТЕЛ**  
**НА ОБЛАСТ СОФИЯ**

**З А Я В Л Е Н И Е**

От .....  
(посочете трите имена на физическото лице или наименованието на ЮЛ)

ЕГН/ЕИК ....., постоянен/настоящ адрес или адрес на управление: гр./с. ...., община ....., област ..... ул. (ж.к.) ....., тел ..... , електронна поща .....

Заявявам желанието си, да ми бъде издадено удостоверение APOSTILLE на приложения/приложените документ/и. Внасям общо..... документи, както следва:

№	Вид на документа	№ и дата на издаване на документа	№ на APOSTILLE (попълва се от служителя на ОА при предаване на документите)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Заявявам, че нося отговорността и последствията, които са свързани с представените от мен документи за заверка.

Дата на внасяне: ..... Заявител: .....

Констатиращи нередности в подадените документи:

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

Документите

са получени на: ..... от: .....  
(дата) (име, фамилия и подпис на получателя)

**Приложения:**

1. Документ за платена такса, освен ако плащането не е направено по електронен път.  
 Плащането е извършено по електронен път (отбележете със знак , когато плащането е извършено по електронен път).

Документите се получават лично от звеното за административно обслужване.

**Забележка:** За удостоверяване на подпис и/или потвърждаване на истинността на подпис и печат върху документи и други книжа се събират следните такси:

№ по ред	Вид на услугата	Такса (лева)
1.	На документи, издадени от български учреждения	5

**Начин на плащане:**

БАНКОВА СМЕТКА НА ОБЛАСТНА АДМИНИСТРАЦИЯ НА ОБЛАСТ СОФИЯ

**IBAN:** BG86STSA93003122724101

**BIC:** STSABGSF

**ПРИ БАНКА:** „ДСК” ЕАД – СОФИЯ, ФЦ „КАЛОЯН”

**ОСНОВАНИЕ ЗА ПЛАЩАНЕ:** ЖЕЛАНАТА ОТ ВАС УСЛУГА