Вх. № АУ-1089-……….../……..........20..…г.

|  |
| --- |
| **ДО**  **ДИРЕКТОРА**  **НА РЗИ-ДОБРИЧ**  **ЗАЯВЛЕНИЕ**  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 Република България)  тел.: …………………………………………………………………………………………………………..……  **УВАЖАЕМА/И ГОСПОЖО/ГОСПОДИН 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:  🞏 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:……………………………………………………………………..;  🞏 на профил, регистриран в Информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Портала на електронното управление по смисъла на Закона за електронното управление:………………. ..................................................................................................................................................................................  **Забележка.**  Вярното се отбелязва с Х.  С подписване на настоящото заявление изразявам своето съгласие Регионална здравна инспекция-Добрич, 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) |