**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ-ДОБРИЧ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

От ..............................................................................................................................................................

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

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

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

представлявано от…………………………………………………………………………………………..

Л.К. №………………………………изд. от………………………………….на …………………………

ЕГН………………………………………….. адрес:

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

ул./бул…………………………………………№……………………п.к………………

Заявявам, 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………………

Лекарствените продукти ще се съхраняват и продават от:

……………………………………………………………………………………………………………….

трите имена

ЕГН………………………………л.к. №…………………………изд. от……………… на …………….

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

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

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

№ на дипломата …………………………………….от дата………………………………………………

издадена от …………………………………………………………………………………………………

А. Кратко описание на сградата:

………………………………………………………………………………………………………….

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

Б. Описание на размерите на помещенията, в които е разкрито лечебното заведение за извънболнична помощ по чл. 8 (1), т. 1, буква „а” или по т. 2, буква „а” от Закона за лечебните заведения

1. Обща площ……………………………………………..……..кв. м.
2. Лекарски кабинет……………………………………..……...кв. м.
3. Чакалня………………………………………………..………кв. м.
4. Манипулационна……………………………………..……....кв. м.
5. Санитарен възел…………………………..…………………..кв. м.
6. Други помещения…………………….…………………….....кв. м.
7. Място за съхранение на лекарствата………………………...кв. м.

9300 Добрич, ул. Св. св. Кирил и Методий № 57

тел.+359 58 588 614, факс: +359 58 600 692

e-mail: rzi-dobrich@mh.government.bg

www.rzi-dobrich.org

Заявявам, че желая да получавам документи и съобщения, както и индивидуалния административен акт, който да бъде издаден по заявлението ми, по следния начин:

на място в РЗИ (в Звеното за административно обслужване);

чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: ...........................................................................;

по електронен път на следния електронен адрес:..........................................................., който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване;

на следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване, като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги по смисъла на Закона за електронното управление………………………………………….;

на следния мобилен или стационарен телефонен номер:……………………………..., който позволява получаване на съобщение, съдържащо информация за изтегляне на съставения документ от информационна система за връчване или в случай че изтеглянето не е технически възможно, позволява изпращане от получателя на обратно кратко текстово съобщение, потвърждаващо получаването на съобщението;

по факс на следния номер: ...........................................................................................................

(вярното се огражда и се дописва необходимата информация при налично поле за това)

**Приложение:**

1. Удостоверение за регистрация на лечебното заведение.
2. Копие от диплома за завършено висше медицинско образование;

С уважение:

град...................... подпис: ............................................

(печат)

дата......................

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

(трите имена на лицето)

9300 Добрич, ул. Св. св. Кирил и Методий № 57

тел.+359 58 588 614, факс: +359 58 600 692

e-mail: rzi-dobrich@mh.government.bg

www.rzi-dobrich.org