Вх. № АУ-258-……….../……..........20..…г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ – ДОБРИЧ**

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за заличаване на регистрация на обект за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води**

от..................................................................................................................................………………...........................

*(трите имена)*

в качеството на ..............................................................................................................................................................

(*собственик, управител, изпълнителен директор, представител по пълномощие-№ и дата на нотариално заверено пълномощно*)

нa ...........................................................................................................................................................

(*наименование на юридическото лице/търговеца, което упражнява дейността)*

с адрес на управление: гр./с. ............................. община (район).................................................................................

ж.к./ул. ............................................................ № ........ бл. ...... вх. ...... ап. .....тел. .......................................................

с ЕИК: .............................................................................................................................................................................

**УВАЖАЕМА/И ГОСПОЖО/ГОСПОДИН ДИРЕКТОР**,

На основание чл. 27, ал. 1, от Закона за храните, моля да бъде заличен посоченият обект за производство на бутилирани води:

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

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

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

(*наименование на обекта, видове дейности, които се извършват в него*)

с адрес: гр./с. ...................................................... община (район) .....................................................

ж.к./ул. ............................................................ № ........ бл. ...... вх. ...... ап. .....тел. ...........................

поради следните причини ...................................................................................................................

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

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

(*преустановяване на дейността, заличаване на бизнес оператора от търговския регистър, при промяна на дейността на обекта в дейност извън обхвата на Закона за храните*)

**Декларирам, че желая изходният документ да бъде получен:**

* от центъра за административно обслужване на РЗИ - Добрич – лично или от упълномощено от мен лице:
* чрез лицензиран пощенски оператор
* като вътрешна препоръчана пощенска пратка
* като вътрешна куриерска пратка на адрес: ..…………..……………………………..……....…

**Уведомен съм, че разходите са за моя сметка и цената за пощенската услуга се заплаща от мен при доставяне на пратката.**

* като международна препоръчана пощенска пратка

**Уведомен съм, че разходите са за моя сметка и се заплащат на административния/компетентния орган, който от своя страна заплаща пощенската услуга на лицензирания пощенски оператор при подаване на пратката.**

* по електронен път на адрес:…………………………….……………………………………………

*Забележка: Вярното се отбелязва с Х.*

Дата: Подпис:......................

**ДЕКЛАРИРАМ:**

Съгласен/а съм РЗИ-Добрич, да събира, съхранява и обработва личните ми данни, относно поисканата от мен административна услуга и/или контролна дейност, осъществена в кръга на правомощията на инспекцията.

**Запознат/а съм с:**

* Целта и средствата на обработка на личните ми данни.
* Доброволния характер на предоставяне на данните и последиците от отказа за предоставянето им.
* Правото на достъп и на коригиране на събраните данни.
* Запознат съм, че предоставените от мен лични данни попадат под специален режим на защита, съобразно нормите на Закона за защита на личните данни.
* Декларирам, че напълно и недвусмислено се съгласявам представените от мен данни да се обработват по реда, предвиден в Закона за защита на личните данни във връзка с поисканата от мен административна услуга и/или контролна дейност, осъществена в кръга на законовите правомощията на инспекцията и съм уведомен, че имам право да откажа да предоставя настоящото си съгласие, в който случай искането за предоставяне на желаната услуга може да не бъде изпълнено.
* Съгласявам се и изрично овластявам РЗИ -Добрич да предоставя за:
* изпълнение на законовите процедури по предоставяне на административните услуги;
* осъществяван държавен здравен контрол**;**
* изпълняване на други нейни законови правомощия, на Министерство на здравеопазването и неговите подчинени административни структури при спазване на чл. 2, ал. 2, т. 2 и 3 от Закона за защита на личните данни, както и на международни организации при спазване на глава VІ от Закона за защита на личните данни, както и на други институции при спазване на нормативните изисквания.

Декларатор:

Име, фамилия.......................................................... Подпис……………….................

Дата ……………………….