Вх. № АУ-1336-……….../……..........20..…г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - ДОБРИЧ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**за прекратяване на издадено разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти**

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

(наименование на лечебното заведение)

 представлявано от ....................................................................................................................................................,

(трите имена на лекаря/лекаря по дентална медицина)

с адрес на лечебното заведение: .......................................................................................................................................................................................

вписано в Регистъра на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите с

Рег. №……………………………., том………………………………, партида ………………………….,

адрес, телефон, факс, електронен адрес за връзка: ………………………………………………………..

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

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

Заявявам желание да бъде прекратено издаденото от Вас Разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти № ................................../.......................................................... г.

на ...............................................................................................................................................................,

*(наименование на лечебното заведение)*

представлявано от: ..................................................................................................................................,

считано от ...................................... 20................г.

**Прилагам следните документи:**

1. Оригинал на издаденото от РЗИ разрешение за съхранение и продажба на лекарствени продукти;

2. Нотариално заверено пълномощно за упълномощено лице (ако не се подава лично).

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

[ ]  на място в РЗИ (в Центъра за административно обслужване) или

[ ]  чрез лицензиран пощенски оператор, или

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

[ ]  на профил, регистриран в Информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Портала на електронното управление по смисъла на Закона за електронното управление........................................................................................................................................., или

[ ]  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, или

[ ]  по факс на следния номер: ………………………………...……………………………………….

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

Заявител: ....................................................................................................................................................

 *(имена)*

Подпис: ..................................

Дата: .......................................