Вх. № АУ-1793-……….../……..........20..…г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА**

**НА РЗИ - ДОБРИЧ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 от .............................................................................................................................................................

*(трите имена на лицето, практикуващо неконвенционални методи)*

постоянен адрес: ...................................................................................................................................

*(наименование на населено място, община, улица/кв., номер/блок, ет., ап.)*

ЕГН ..........................., л.к. № ........................., издадена на .......................... от ……………………

Телефони за връзка: ............................................, e-mail: ...................................................................

Адрес на практиката: ...........................................................................................................................

*(населено място, ул., №, кабинет)*

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

Заявявам желание, на основание чл. 170 от Закона за здравето и чл. 8а, ал. 1 от Наредба № 7 за изискванията към дейността на лицата, които упражняват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, да регистрирате в РЗИ-Добрич практикуваните от мен неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве, а именно:

 Използване на нелекарствени продукти от органичен произход

 Използване на нелекарствени продукти от минерален произход

 Използване на нетрадиционни физикални методи

 Хомеопатия

 Акупунктура и акупресура

 Ирисови, пулсови и аурикуларни методи на изследване

 Диетика и лечебно гладуване.

**Прилагам следните документи:**

1. Заверено копие от диплома № .................................../......................издадена от…………………………....;

2. Свидетелство за съдимост за лица, които не са български граждани № ………/…………………, издадено от ………….…………….;

3. Копие от документ, удостоверяващ гражданството на лицето;

4. Документ за психично здраве №........................., издаден от ...............................................;

5. Книга за посещенията по образец съгласно приложение № 3 към Наредба № 7 от 2005 г.;

6. Документ за платена такса.

**Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт 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:…………………………………………………………………
* 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*

Дата: С уважение:

 *(подпис)*