Вх. № АУ-685-……….../……..........20..…г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ-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 желание, 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 издаденоразрешение 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……………………………………………..……..м2
2. Лекарски кабинет……………………………………..……... м2
3. Чакалня………………………………………………..………м2
4. Манипулационна……………………………………..…….... м2
5. Санитарен възел…………………………..…………………. м2
6. Други помещения…………………….…………………….....м2
7. Място за съхранение на лекарствата………………………...м2

**Притежавам следните документи:**

1. Удостоверение за регистрация на лечебното заведение;
2. Диплома за завършено висше медицинско образование.

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 Центъра 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 профил, регистриран в Информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Портала на електронното управление 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)*

С уважение:

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

(печат)

дата......................

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

(трите имена на лицето)