Вх. № АУ-882-……….../……..........20..…г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ – ДОБРИЧ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**за заличаване регистрация на обект с обществено предназначение**

от *(трите имена)* .....................................................................................................................................

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

(*собственик, управител, изпълнителен директор, упълномощено лице*)

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

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

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

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

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

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

Заявявам желание, на основание чл. 12 от Наредба №9 на МЗ за условията и реда за създаване и поддържане на публичен регистър на обектите с обществено предназначение, контролирани от регионалните здравни инспекции (обн. ДВ, бр. 28/2005, изм. ДВ, бр. 38/2011 г.), да бъде заличен посочения обект с обществено предназначение:

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

*(наименование на обекта)*

регистриран в публичния регистър на ООП под № ………………………./……………………….г.

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

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

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

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

(*преустановено функциониране или промяна в предназначението*)

**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: …………………………….………………………………………..
* 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/*