**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНА**

**ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ - ДОБРИЧ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

От наследник/законен представител......................................................................................................,

(имена, ЕГН)

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

(трите имена на лекаря/лекаря по дентална медицина)

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)*

С адрес на лечебното заведение: .........................................................................................................,

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

**Приложения:**

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

2. Документ, удостоверяващ смърт или запрещение на регистрираното лице.

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

на място в РЗИ (в Звеното 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 следния персонален профил, регистриран в информационната система за сигурно електронно връчване като модул на Единния портал за достъп до електронни административни услуги 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 огражда и се дописва необходимата информация при налично поле за това)*

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

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

9300 Добрич, ул. Св. св. Кирил и Методий № 57

тел.+359 58 588 614, факс: +359 58 600 692

e-mail: rzi-dobrich@mh.government.bg

www.rzi-dobrich.org