*Обр. МЗ-АУ-466*

Вх. № АУ-466-……….../……..........20..…г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - ДОБРИЧ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**за вписване в регистъра на обект**

**за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води**

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

живущ: гр./с. .......................................................... район ...........................................................................................

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

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

(*собственик, управител, изпълнителен директор, представител по пълномощие-№ и дата на нотариално заверено пълномощно*)

на фирма...........................................................................................................................................................................

със седалище ...................................................................................................................................................................

адрес на управление: гр./с. ...................................................... район......................................................................... ж.к./ул......................................................... № ....... бл. ...... вх. ....... ап. ...... тел.......................................................... код по БУЛСТАТ/ЕИК:............................................................................................

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

Заявявам желание, да впишете в регистъра по чл. 28 от Закона за храните:

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

(*наименование и вид на обекта*)

с адрес: гр./с. ............................................................................. район ...........................................................

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

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

(*вид на бутилираната вода/групи храни*)

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

(*търговско наименование*)

Вид водоснабдяване в обекта и начин на отвеждане на отпадните води:

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

Данни за производствения капацитет на обекта:

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

Декларирам, че:

1. Са изпълнени изискванията на Регламент (ЕО) № 852/2004.
2. Имам разработена технологична документация.
3. Имам разработен проект на система за управление на безопасността на храните, съизмерима с вида и размера на производството, която включва добри практики за производство на бутилираните води, които ще се произвеждат в обекта.

Моля, денят и часът на проверката по чл. 26, ал. 9 от ЗХ да се уточнят предварително с .................................................................................................................................................................................. на

*(име и фамилия на лицето)*

длъжност.................................................... тел................................................

Заявявам, че желая да получа издадения във връзка с административната услуга документ по начин, отбелязан по-долу, и в случай на получаване като куриерска или пощенска пратка, декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пратки и предварително при международна пратка и съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели:

* лично в РЗИ – Добрич;
* като вътрешна препоръчана пощенска пратка (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката) .........................................................................
* като вътрешна куриерска пратка чрез (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката) ..............................................................................
* като международна препоръчана пощенска пратка (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при заявяване на услугата) ………….....................
* по електронен път на електронен 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:....................................................................................................................................

ПРИЛОЖЕНИЯ:

1. Документ за платена държавна такса.
2. Копие на удостоверение за въвеждане в експлоатация по чл. 177, ал. 3 от ЗУТ.

Дата: ................... ПОДПИС: ......................................

Предоставените от Вас лични данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информация и се обработват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на РЗИ-Добрич.

**ДЕКЛАРИРАМ:**

Съгласен/а съм Регионална здравна инспекция - Добрич, да събира, съхранява и обработва личните ми данни, относно поисканата от мен административна услуга и/или контролна дейност, осъществена в кръга на правомощията на инспекцията.

**Запознат/а съм с:**

* Целта и средствата на обработка на личните ми данни.
* Доброволния характер на предоставяне на данните и последиците от отказа за предоставянето им.
* Правото на достъп и на коригиране на събраните данни.
* Запознат съм, че предоставените от мен лични данни попадат под специален режим на защита, съобразно нормите на Закона за защита на личните данни.
* Декларирам, че напълно и недвусмислено се съгласявам представените от мен данни да се обработват по реда, предвиден в Закона за защита на личните данни във връзка с поисканата от мен административна услуга и/или контролна дейност, осъществена в кръга на законовите правомощията на инспекцията и съм уведомен, че имам право да откажа да предоставя настоящото си съгласие, в който случай искането за предоставяне на желаната услуга може да не бъде изпълнено.
* Съгласявам се и изрично овластявам Регионална здравна инспекция - Добрич да предоставя за:
* изпълнение на законовите процедури по предоставяне на административните услуги;
* осъществяван държавен здравен контрол**;**
* изпълняване на други нейни законови правомощия, на Министерство на здравеопазването и неговите подчинени административни структури при спазване на чл. 2, ал. 2, т. 2 и 3 от Закона за защита на личните данни, както и на международни организации при спазване на глава VІ от Закона за защита на личните данни, както и на други институции при спазване на нормативните изисквания.

Декларатор:

Име, фамилия...............................................................................................Подпис……………….................

Дата ……………………….