**Вх.** **№.………………./…….…………г** Приложение № 1 към

 Процедура № 29(1573)

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯИ**

**гр. Враца**

# ЗАЯВЛЕНИЕ

От *(трите имена)* .........................................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

ЕИК .........................................

**УВАЖАЕМИ**  **ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

 Моля да ми бъде издадено заключение за хигиенна оценка на аптека

Адрес ………… ………………………………………………….……………..……..……………

……….…………….………………………………………………………………………………….

**Прилагам следните документи:**

1.Инвестиционен проект на помещенията, част „Архитектура“ - с обяснителна записка, разпределение и разрези;

 2.Трудов договор или договор за управление на аптеката, сключен с магистър фармацевт или с помощник-фармацевт (Когато лицето по ал. 1 е магистър-фармацевт и е ръководител на аптеката, не е необходимо представянето на трудов договор или договор за управление на аптеката).

 3.Копие от акта за създаване на лицата по чл.222, ал.4 на ЗЛПХМ;

 4.Удостоверение за вписване в регистъра на Районната колегия на Българския фармацевтичен съюз – за магистър фармацевта, ръководител на аптеката, както и информация относно наложени наказания по реда на закона за съсловната организация на магистър фармацевтите;

 5.Диплом за завършено образование на ръководителя на обекта – нотариално заверено копие;

 6.Документ за платена такса.

 7.Протоколи от акредитирана лаборатория, удостоверяващи съответствието на изискванията на параметрите за изкуствено осветление.

***Забележка:*** Заявлението и придружаващите документи могат да се подадат устно – чрез съставяне на Протокол от длъжностното лице в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Враца, ул. Черни Дрин № 2; чрез лицензиран пощенски оператор или по електронен път.

Заплащането може да се извърши по банков и /или електронен път; в брой в Центъра за административно обслужване на РЗИ - Враца , ул.”Черни Дрин” № 2 или чрез ПОС – терминал.

**Желая да получа готовите документи:**

🞎 На място в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Враца, ул. ”Черни Дрин” № 2

🞎Чрез лицензиран пощенски оператор, като изразявам съгласието си разходите да бъдат за моя сметка.

🞎 По електронен път на e-mail адрес.................................................

Предоставям доброволно личните си данни за обработка и ползване от РЗИ – Враца, във връзка с правомощията на инспекцията, съгласно разпоредбите на ЗЗЛД и вътрешните правила, утвърдени в РЗИ.

**Дата: .................................... Заявител: ..................................**

 */подпис/*