**Вх. № .............................../.....................20...…г.**  Приложение № 1 към

Процедура № 6 (1088)

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**ГР. ВРАЦА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от ...............................................................................................................................................................

трите имена на лицето, регистрирало неконвенционална практика

в качеството на лице, регистрирало неконвенционална практика

постоянен адрес .......................................................................................................................................

(наименование населено място, община, улица/кв., номер/блок, етаж, апаратмент)

телефони за връзка ................................................., e-mail: ……………………………………………

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Моля, на основание:

* Чл. 172, ал. 1, т. 1 от Закона за здравето (по искане на лицето, регистрирало неконвенционална практика);

□ Чл. 172, ал. 1, т. 2 от Закона за здравето (при смърт на регистрирания или поставянето му под запрещение) и чл.8а, ал.3 от Наредба №7 за изискванията към дейността на лицата, които упражняват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве да заличите от регистъра на лицата, които практикуват неконвенционални методи за благоприятно въздействие върху индивидуалното здраве

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

трите имена на лицето, регистрирало неконвенционална практика

притежаващ удостоверение за регистрация №………………………, считано от………………….

**Приложение:**

1. Оригинал на издаденото от РЗИ-Враца удостоверение за регистрация
2. Нотариално заверено пълномощно за упълномощено лице (ако не се подава лично)
3. Документ, удостоверяващ смърт или запрещение на регистрираното лице (в тези случаи)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

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

**С уважение: ……………….**