**Вх. № ................................/.............20........г.**

 Приложение № 1 към Процедура № 9 (881)

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА НСПЕКЦИЯ**

**ГР. ВРАЦА**

# З А Я В Л Е Н И Е

От ……………………………………………………………………………………………………..

( трите имена на лицето представляващо лечебното заведение)

…………………………………………………………………………………………………………

 ( адрес , телефон, e-mail )

Е Г Н ……………………………….

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Моля на основание чл. 40, ал. 11 от Закона за лечебните заведения да установите служебно обстоятелствата относно съдимостта на лицата (български граждани), членове на управителния и контролен орган на :

“ …………………………………………………………………………………………………….. “

( наименование на лечебното заведение )

1……………………………………………………………………………ЕГН……………………..

 ( трите имена на титуляра )

Роден/а на…………….. в гр./с…………………… общ………………….. обл……………………

2……………………………………………………………………………ЕГН……………………..

 ( трите имена на родител)

Роден/а на…………….. в гр./с…………………… общ………………….. обл……………………

3……………………………………………………………………………ЕГН……………………..

 ( трите имена на родител )

Роден/а на…………….. в гр./с…………………… общ………………….. обл……………………

***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.

**Желая да получа готовите документи:**

🞎 На място в Център 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.

гр. Враца

дата / / / 20\_\_\_\_ г.

ПОДПИС : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_