

**ЧРЕЗ
ДИРЕКТОРА НА**

РЗИ :

**ДО
ДИРЕКТОРА НА
ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ
«МЕДИЦИНСКИ НАДЗОР»**

гр. София, ул. «Св. Г. Софийски» № 3

ЗАЯВЛЕНИЕ

От: _____
(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

Адрес : _____

л.к. № _____ издадена на _____ от: _____

ЕГН _____ телефон/и за контакти _____ e-mail: _____

чрез пълномощник _____

и Рег. № _____ в Регистъра на лечебните заведения за извънболнична помощ и хосписите на ИАМН.

УВАЖАЕМА/УВАЖАЕМИ Г-ЖО/Г-Н ДИРЕКТОР,

Моля, на основание чл. 45, ал. 1, т. 7 и ал. 2, т. 1 от Закона за лечебните заведения, да заличите от Регистъра на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ и хосписите в ИАМН,

считано от _____ лечебното заведение: _____
(наименование на лечебното заведение)

с ЕИК/код по БУЛСТАТ _____

Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен

чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: гр./с. _____

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пощенски пратки, и съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели. Индивидуалният административен акт да бъде изпратен:

- като вътрешна препоръчана пощенска пратка
- като вътрешна куриерска пратка
- като международна препоръчана пощенска пратка

по електронен път на електронен адрес: _____

лично от звеното за административно обслужване при съответното РЗИ

Приложения:

- Заверено пълномощно за упълномощено лице (ако не се подава лично);
- Документ, удостоверяващ смърт или запрещение на регистрираното лице.

Дата: _____

Подпис: _____

Уникален номер на заявката: