

Изм. № \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(на лечебното заведение)

\_\_\_\_\_  
(наименование на лечебното заведение)

Адрес \_\_\_\_\_

тел.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Вх. № \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ДО ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ  
"МЕДИЦИНСКИ НАДЗОР"**

София, п.к. 1606,  
ул. "Св. Георги Софийски" № 3;  
тел.: (02) 80 50 433;  
Факс: (02) 80 50 452;  
e-mail: transplant@iamn.bg

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
ЗА ПРОВЕРКА НА НЕПАРТНЬОРСКИ ДОНОРИ НА СПЕРМАТОЗОИДИ  
(съгласно чл. 130 от Закона за здравето)**

На основание чл. 130 от Закона за здравето, заявявам искането ми да бъде извършена проверка в регистрите на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ на непартньорски донор/и на сперматозоиди по отношение на броя предходни дарявания и резултатите от тях (или сперматозоиди от международна банка по отношение на броя предходни ползвания и резултатите от тях):

№	трите имена/ *международна банка и код	ЕГН	брой собствени деца

Добави      Премахни

\*Напишете наименованието на международната банка за репродуктивни клетки и кода на донора

Желая да получа искания документ по следния начин моля, отбележете Вашето желание:

чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: гр./с. \_\_\_\_\_

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му като вътрешна пощенска пратка. Документът 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;

Дата: \_\_\_\_\_

Изготвил: \_\_\_\_\_

Уникален номер на заявката: \_\_\_\_\_

Версия 1      Дата на създаване 15.07.2021 г.

Служи за уникално идентифициране на услугата при последващите действия по нейната обработка, заплащане и доставка (генерира се автоматично при подписване)