

**ЗАЯВКА-ДЕКЛАРАЦИЯ
ЗА АНУЛИРАНЕ**
на грешно въведен запис в НЗИС – модул еИмунизация

Долуподписаният/ната/ _____, в качеството ми на _____ на _____, с единен регистрационен номер на лечебно заведение _____ и Булстат/ЕИК _____, във връзка с допуснати грешки при въвеждане на информация в НЗИС,

ДЕКЛАРИРАМ,

че одобрявам заявката за анулиране на записа в **таблица № 1**, въведен в НЗИС.

Установил/а съм причините за анулирането на записа и заявявам необходимостта от нанасянето на тази промяна в НЗИС.

Записът трябва да бъде **маркиран като анулиран в системата с причината, посочена в колона 3 - „Причина за анулиране“**.

Запис № <i>(Национален Референтен Номер)</i>	Дата на въвеждане в НЗИС	Причина за анулиране

Таблица №1

Дата:

Е-мейл адрес:

Тел:

Становище РЗИ за анулиране на запис с НРН _____ :

Дата:

Представител РЗИ:

Е-мейл адрес:

Тел: