**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ

Гр. София, 1431, бул. Акад. Иван Гешов № 15 e-mail: rzi\_so@rzi-sfo.bg

Тел. 02/807 87 00; факс: 02/807 87 10 www.rzi-sfo.bg

Вх.№ ……………………………….

Гр. София,………………………. 201 \_\_ г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. „АКАД. ИВАН ГЕШОВ” № 15**

**СОФИЯ**

## З А Я В Л Е Н И Е

от ................................................................................................... на длъжност..................................................

 име, презиме, фамилия

адрес: гр.(с)................................................................................... район............................................................

ул. (ж.к.)...................................................................................... №..............бл. ............вх. ........... ап........

тел........................................... факс......................................... e-mail.............................................................

## УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН директор,

Моля да ми бъде издадено **Хигиенно заключение за извършване на дейности с опасни отпадъци от хуманната медицина,**

на обект: ……………………………………………………………………………………………….……………………..

 (наименование на обекта)

гр./с./ ......................………........................................................................................................................................

 (адрес на обекта)

Месторазположение на площадката: ……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….……..………….

Дейности, за които се кандидатства: ……………………………………………………………………………….……

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

**На основание:**

**Закон за управление на отпадъците**, чл. 69, ал.1, т.6 (.Обн. ДВ. бр.53 от 13 Юли 2012г., изм. ДВ. бр.66 от 26 Юли 2013г., изм. ДВ. бр.61 от 25 Юли 2014г., изм. ДВ. бр.98 от 28 Ноември 2014г., изм. ДВ. бр.14 от 20 Февруари 2015г., изм. и доп. ДВ. бр.105 от 30 Декември 2016г., изм. и доп. ДВ. бр.13 от 7 Февруари 2017г., изм. ДВ. бр.85 от 24 Октомври 2017г., изм. и доп. ДВ. бр.88 от 3 Ноември 2017г., изм. ДВ. бр.102 от 22 Декември 2017г., изм. и доп. ДВ. бр.53 от 26 Юни 2018г.);

 **Закона за здравето**, чл.31 и чл. 36 (ДВ бр.74/2004г., посл. изм. доп. ДВ.бр. 18 от 27 Февруари 2018 г.доп. ДВ. бр.77 от18 Септември2018г.);

**Наредба № 2 от 2014г. за класификация на отпадъците, от МОСВ и МЗ;**

**Наредба № 1 /2015г. за изискванията към дейностите по събиране и третиране на отпадъците на територията на лечебните и здравни заведения, (ДВ бр. 13/ 2015 г).**

***Прилагам следните документи*:**

1. Заявление по образец;
2. Mетоди и технологии за третиране на отпадъците по видове дейности, вид и капацитет на съоръженията *(описват се конкретните методи и технологии за третиране на отпадъците и се посочва видът и капацитетът на съоръженията и инсталациите за третиране на отпадъците за всяка площадка по отделно);*
3. Авариен план (*описание на мерките за безопасност и превантивните мерки, които ще се предприемат с отпадъците при аварийна ситуация);*
4. План за собствен мониторинг и контрол.
5. Документ за платена държавна такса.

***Начини на плащане:***

* **По банков път :**

 **БАНКОВА СМЕТКА** на РЗИ – Софийска област:

 **БУЛСТАТ**: 176032724

 **Банка**: ТБ УниКредит Булбанк АД, офис „Хемус“

 **IBAN**: BG22 UNCR 9660 3125 0062 16

 **BIC**: UNCRBGSF

* **В брой –** на каса в звеното за административно обслужване/деловодство на адрес:

 град София, 1431 бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15.

* **Картови плащания чрез инсталиран ПОС терминал –** в звеното за административно обслужване/деловодство на адрес: град София, 1431 бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15
* **Чрез Виртуален ПОС терминал на интернет страницата:** [**www.rzi-sfo.**](http://www.rzi-sfo.)**bg**

***Заявявам желанието се издаденият индивидуален административен акт „Хигиенно заключение за извършване на дейности с опасни отпадъци от хуманната медицина“ да бъде получен****:*

□ на място в звеното за административно обслужване на РЗИ-Софийска област, на адрес:

 1431 София, бул. „Акад. Ив. Гешов“ №15

□ чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: ……………………………………………………………………………………………………………………………………п*осочен в заявлението, като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пощенски пратки.*

Дата: …………….. Подпис:……………….

Заявлението и приложенията се представят в РЗИ - Софийска област от:

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

 *име, фамилия, длъжност / фирма*

Дата: …………….. Подпис:……………….

Уведомяваме Ви, че РЗИ – Софийска област обработва законосъобразно Вашите документи, съдържащи лични данни.

Дата: …………………… Подпис на заявителя:...........................