**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.№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. «АКАД. ИВАН ГЕШОВ» № 15**

**ГР. СОФИЯ**

**З А Я В Л Е Н И Е**

От .................................................................................................................................................................................................

 (име, фамилия)

Адрес : община ........................................................ гр./с ......................................................................................

ул. (ж.к.).............................................................................................................................. №.............., ПК. .............

тел. за контакт: .........................................................., e-mail: ...............................................................................

**УВАЖАЕМИ гОСПОДИн директор,**

Моля, да бъде издаден **Свидетелство за имунизационно състояние**, на името на

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

**име, презиме, фамилия**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**дата и място на раждане**

....................................................................................................................................................................................

**име, презиме, фамилия по международен паспорт**

**На основание:**

* **Наредба № 15 / 2005г. за имунизациите в Р България,** чл. 26, т.6 (обн., ДВ, бр.45/2005г., посл. изм. и доп. - ДВ, бр. 38 от 12 май 2017 г.)
* **Тарифа за таксите,** които се събират от органите на държавния здравен контрол и националните центрове по проблемите на общественото здраве по Закона за здравето.

***Прилагам следните документи:***

1. Документ, удостоверяващ имунизационното състояние:
* имунизационен паспорт или
* личен амбулаторен картон с вписани данни за проведени имунизации.

2. 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.com/)**bg**

**Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт „Свидетелство за имунизационно състояние“ да бъде получен:**

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

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

□ чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: ……………………………………………………………………………………………………………………………………*посочен в заявлението, 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.*

Дата: …………201… г. Подпис:...........................

Заявлението и приложенията се представят в РЗИ – Софийска област от .................................................

...............................................................................................................................................................................

*име, фамилия*

Дата: ……………..201…г. Подпис:……………….

**Декларация за ползване на лични данни**

Запознат съм с Политиката за прозрачност, обявена на интернет страницата на РЗИ – Софийска област и ДАВАМ СВОЕТО СЪГЛАСИЕ за обработване на личните ми данни чрез компютърни и други системи, с цел осъществяване на законово регламентираните функции. Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на корекция на данните.

Подпис на декларатор: .......................................                                                   дата: .......................... 201...г.