**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ

Гр. София, 1431, бул. Акад. Иван Гешов № 15 e-mail: [rzi\_so@rzi-sfo.com](mailto:rzi_so@rzi-sfo.com)

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

Вх. № ……………………………….

Гр. София,………………………… 201…. г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**гр. София**

**бул. „Акад. Иван Гешов” № 15**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

за предоставяне на достъп до обществена информация

от ....................................................................................................................................

/ трите имена или наименованието на юридическото лице, от името на което се подава заявлението и седалището на заявителя /

адрес за контакти: гр. /с. ................................................. общ./област ...................................................

п.к. ........ ул./ж.к. ........................................ № ...... бл. ......., вх. ......., ет. ....., ап.

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

/ телефонен номер или електронен адрес за връзка – по желание /

***УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР*,**

На основание Закона за достъп до обществена информация, моля да ми бъде предоставена наличната в РЗИ – Софийска област информация относно:

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

Исканата информация желая да получа в следната форма:

□ Преглед на информацията – оригинал или копие;

□ Устна справка;

□ Копия на хартиен носител;

□ Копия на магнитен носител;

□ Копия, предоставени по електронен път на адреса на електронната поща (*при подаване на заявлението по електронен път*)

**Забележка**: Ако Заявлението не съдържа данни относно: трите имена, съответно наименованието и седалището на заявителя, описание на исканата информация и адрес за кореспонденция със заявителя, то се оставя без разглеждане.

Изразявам своето съгласие РЗИ – Софийска област да обработва, съхранява и архивира 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 поправка на данните.

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