



РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ

Гр. София, 1431, бул. Акад. Иван Гешов № 15
Тел. 02/807 87 00; факс: 02/807 87 10

e-mail: rzi_so@rzi-sfo.bg
www.rzi-sfo.bg

Приложение към чл. 7, ал. 2 от НАО

ПРОТОКОЛ

Днес, г., служителят
на длъжност В
(наименование на звеното),

на основание чл. 29, ал. 5 от АПК състави този протокол, в уверение на това, че заявителят:
.....
(имена на заявителя)

с постоянен или настоящ адрес:

гр./с., община

ул. /ж.к
.....

тел., факс....., електронен адрес

УСТНО ЗАЯВИ ИСКАНЕ ЗА:

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

Заявителят прилага следните документи:

.....
.....

Заявителят изрази желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:

Чрез лицензиран пощенски оператор на адрес:

.....

като декларира, че пощенските разходи са за негова сметка и е съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели.

Индивидуалният административен акт да бъде изпратен:

като вътрешна препоръчана пощенска пратка

като вътрешна куриерска пратка

като международна препоръчана пощенска пратка

Лично от ЦАО

По електронен път на електронен адрес

Длъжностно лице:

(подпис)

Заявител:

(подпис)