*Приложение № 3 към чл.9, ал.3*

 **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. № ………………………………. **Уникален № РУ – АУ-2**

Гр. София,………………………… 20…. 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/ ГОСПОЖО 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:

□ 1. Преглед на информацията – оригинал или копие или чрез публичен общодостъпен регистър;

□ 2. Устна справка;

□ 3. Копия на материален носител;

□ 4. Копия, предоставени по електронен път, или интернет адрес, където се съхраняват или са публикувани данните; (*Когато това е предпочитаната форма за предоставяне на достъп до информацията, се определят и техническите параметри за запис на информацията*).

□ 5. Комбинация от форми: ……………………………………………………………………………

**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: ............................202… г. Подпис: ....................