Вх. №........................................../ ....................................г. **ФК-ЗА-03**

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. „АКАД. ИВАН ГЕШОВ” №15**

**ГР. СОФИЯ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ЛАБОРАТОРНИ АНАЛИЗИ И ДЕЙНОСТИ, ПОИСКАНИ ОТ ФИЗИЧЕСКИ И ЮРИДИЧЕСКИ ЛИЦА/ КОЗМЕТИКА**

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

/име, презиме, фамилия, длъжност/

**адрес:** гр.(с.)............................................................................................................,община.............................................................................,

кв. (ж.к.)..................................................................., ул............................................................................№..............бл.№........,ет.......,ап........

ел. адрес ..............................................................................................................., тел/факс ..........................................................................

**Фирма** ...................................................................................................................................................................................................................

**адрес:** гр.(с.)....................................................................,община..............................................................,тел..................................................

кв. (ж.к.)..................................................................., ул.............................................................................№..............бл.№........,ет.......,ап........

**органолептичен физико-химичен микробиологичен**

За образец/и от ...................................................................................................................................................................................................

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

Параметър(и)/код.................................................................................................................................................................................................

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

Съгласно нормативен документ №....................................................................................................................................................................

**Заплащането на извършената услуга ще извърша**:

**Заплащането на извършената услуга ще извърша**:

□ в брой - в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж 3, кабинет № 41;

□ картови плащания чрез инсталиран ПОС терминал - в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж 3, кабинет № 41;

□ по банков път - по транзитната сметка на РЗИ – Софийска област.

□ E-плащане чрез единната входна точка, достъпна на адрес: https://pay.egov.bg/.

**Заявявам, желанието си издаденият Сертификат за съответствие и протокол с резултати – да бъде получен:**

□ на място – в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: 1431 гр. София, бул. Акад. Иван Гешов № 15;

□ по електронен път на адрес <https://edelivery.egov.bg/>

□ чрез лицензиран пощенски оператор на адрес ………................................................……………………………………………………………..

□ чрез куриер

на адрес……………………………………………….......................................................………………………………………………………………..

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка платими при получаването.

Представил образеца............................................................................................................................................................................................

/име, презиме, фамилия, длъжност/

Дата:.................Час:.............. Подпис:....................................................

**Приложени документи:**

1. ……………………….

2. ………………………..

Този формуляр се попълва ясно и четливо.

Декларация за ползване на лични данни

Запознат съм с Политиката за прозрачност, обявена на интернет страницата на 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: .......................... 20...г.

Цялата информация за клиента получена по време на контрола се счита за конфиденциална. Когато органът за контрол е задължен да оповести конфиденциална информация (съгласно закон или договорни отношения), той трябва да уведоми засегнатите от това клиенти (телефонно обаждане; e-mail; факс и т.н.). Жалби и възражения се приемат в писмен вид съгласно процедура ОК-А/ПР-КК-15

Запознат/а съм с процедурата на Орган за контрол от вид А при РЗИ – Софийска област за внедряване и поддържане на гъвкав обхват на акредитация и Списък (ФК – 1 ОК-А/ПР-КК-30) - приложение към нея.

Запознат/a съм с правилата и процедурата за позоваване на акредитация на ИА БСА.

Задължавам се да предоставям достъп до обекта за контрол, при поискване от екипите за оценяване на ИА БСА, с цел оценяване на изпълнението на дейността на ОКА.

Подпис на декларатор: ..................................... дата: .......................... 20...г.