Вх. №........................................../................................г.

**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 / МИКРОБИОЛОГИЧНИ, ПАРАЗИТОЛОГИЧНИ И СЕРОЛОГИЧНИ**

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

( име, презиме, фамилия, възраст)

адрес: гр. (с.) ............................................. ул. ............................................................... № ........., бл. ........, вх. ........., ап. ......., телефон ..............................ел. адрес...........................................................................

**УВАЖАЕМА/И ГОСПОЖО/ГОСПОДИН ДИРЕКТОР**,

 Моля, да ми бъдат извършени следните медицински изследвания:

□ микробиологични □ паразитологични □ серологични

**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 резултатите от изследването да бъдат получени:**

 □ на място – в Звеното 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 разходите са за моя сметка платими при получаването.

**Приложение**: Документ, удостоверяващ платена държавна такса в размер на ……… лева\*

\*Съгласно Тарифата за таксите, които се събират от органите на държавния здравен контрол и националните центрове по проблемите на общественото здраве по Закона за здравето.

 Изразявам съгласие/несъгласие при положителен резултат от микробиологичното изследване да се проведат съответните допълнителни изследвания, които ще заплатя допълнително, при получаване на резултата.

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

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.