**До**

**……………………………………………………**

**……………………………………………………**

**Министър на Здравеопазването**

**З А Я В Л Е Н И Е**

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

(име, презиме, фамилия)

адрес: гр./с. ......................................община........................ район .............................област........................

ул. (ж.к.) ..................................................................................................... № .......... бл. ....... вх. ....... ап. ...... тел....................................................., електронна поща………………………………………………………

в качеството си на ..............................................................................................................................................

(физическо лице, упражняващо дейност, *собственик, управител, изпълнителен директор, представител по пълномощие-№ и дата на нотариално заверено пълномощно*)

на ..........................................................................................................................................................................

(наименование на юридическото лице/едноличния търговец)

с ЕИК ………………, седалище ........................................................................................................................

*(*при чуждестранно юридическо лице еквивалентна регистрация на държава-членка на ЕС или страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство*[[1]](#footnote-1)*)

адрес на управление: гр./с. ...........................община............................... район.....................област..............

ул. ,(ж.к.)...................................................................................................... № ......... бл. ....... вх. ....... ап. ...... тел.........................................................................., електронна поща ...............................................................

**УВАЖАЕМА/И ГОСПОЖО/ГОСПОДИН МИНИСТЪР,**

Заявявам желанието си, на основание чл.13б, ал. 1 от Наредба № 9/2001 г. за качеството на водата, предназначена за питейно-битови цели, да ми бъде издадено одобрение за използването на химикал/и / филтърно/и средство/а, предназначен/о/и за контакт с питейна вода.

 (вярното се подчертава)

За следния продукт:............................................................................................................................................

(търговско наименование и/или идентификатор на продукта)

Категория:………………………………………………………………………………………………………

(коагулант, флокулант, филтриращ материал, друго)

Вид/състояние…...…………………………………………………………………………………………

(*течно, прахообразно, друго*)

Производител на продукта…………………………………………………………………………..

с адрес: гр./с. .....................................община......................... район ............................област..........................

ул. (ж.к.)....................................................................................................... № .......... бл. ....... вх. ....... ап. ...... тел.............................................................., електронна поща…………………………………………………

Декларирам, че изискуемите документи са приложени към подаденото заявление до НЦОЗА за изготвяне на експертна хигиенна оценка по реда на чл. 13б.

**Заявявам, че желая да получа издадения индивидуален административен акт:**

□ от звеното за административно обслужване на МЗ лично или чрез упълномощено от мен лице;

□ по електронен път на електронен адрес: ....................................................................................................................................................... съгласно изискванията на Закона за електронното управление и Наредба за общите изисквания към информационните системи, регистрите и електронните административни услуги;

□ чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: …………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………. като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешна пратка, а за международна пратка – след предплащане на цената за пощенските услуги ……………, както и че съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели. В тези случаи индивидуалният административен акт да бъде изпратен:

□ като вътрешна препоръчана пощенска пратка (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката);

□ като вътрешна куриерска пратка чрез……………………………. (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при доставката);

□ като международна препоръчана пощенска пратка (разходите за изпращане са за сметка на заявителя на услугата и се заплащат при заявяване на услугата) на адрес:

…………………………………………………………………………………………

(точен адрес за получаване на документа)

*Забележка:*

Вярното се отбелязва с Х.

С подписване на настоящото заявление изразявам своето съгласие Министерство на здравеопазването да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, с цел осъществяване на законово регламентираните функции.

Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на личните ми данни, доброволния характер на предоставянето на данните и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на коригиране на събраните данни.

Дата ....................................... г. Заявител:………....................................

Гр. ………………………….. (подпис)

1. При регистрация на чуждестранно юридическо лице, посочете страницата на съответния регистър, в който е направено вписването. [↑](#footnote-ref-1)