**Вх. №....................../……………..20...г.** Приложение №1 към

Процедура № 3413

ДО

ДИРЕКТОРА НА

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА НСПЕКЦИЯ - ГР. ВРАЦА**

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**за промяна във вписаните обстоятелства на обект**

**за производство на бутилирани натурални минерални, изворни и трапезни води**

От …….......................................................................................................................................................... качеството си на ..........................................................................................................................................

(*собственик, управител, изпълнителен директор, упълномощено лице*)

на фирма................................................................................... ЕИК/БУЛСТАТ .....................................

адрес: гр./с. ............................................................. община ......................................................................

ж.к./ул................................................................. № ........ бл. .......вх. .......ап.......тел..................................

ел. адрес:................................................................................, тел. ..............................................................

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

На основание чл. 26 ал. 14 от Закона за храните моля да бъде извършена **промяна** в обстоятелствата вписани в регистъра за обект: ......………………….....................................................

адрес:................…....................…..…...................................…….......…………………………………….

настъпила промяна във вписаните данни:

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

………………...............................................................................................................................................

*(посочва се настъпилата промяна/причините)*

ПРИЛАГАМ:

1. .........................................................................................................................................................
2. .........................................................................................................................................................

Забележка. Услугата може да бъде заявена с уведомление в ЦАО на РЗИ – Враца или по пощата. Заявлението може да бъде подавано и по електронен път, подписано с електронен подпис, основан на квалифицирано удостоверение за електронни подписи или квалифициран електронен подпис“.

Дата: ........... ........... 20....г. Подпис: ....................................

**ДЕКЛАРИРАМ:**

Съгласен/а съм Регионална здравна инспекция - Враца, да събира, съхранява и обработва личните ми данни, относно поисканата от мен административна услуга и/или контролна дейност, осъществена в кръга на правомощията на инспекцията.

**Запознат/а съм с:**

* Целта и средствата на обработка на личните ми данни.
* Доброволния характер на предоставяне на данните и последиците от отказа за предоставянето им.
* Правото на достъп и на коригиране на събраните данни.
* Запознат съм, че предоставените от мен лични данни попадат под специален режим на защита, съобразно нормите на Закона за защита на личните данни.
* Декларирам, че напълно и недвусмислено се съгласявам представените от мен данни да се обработват по реда, предвиден в Закона за защита на личните данни във връзка с поисканата от мен административна услуга и/или контролна дейност, осъществена в кръга на законовите правомощията на инспекцията и съм уведомен, че имам право да откажа да предоставя настоящото си съгласие, в който случай искането за предоставяне на желаната услуга може да не бъде изпълнено.
* Съгласявам се и изрично овластявам Регионална здравна инспекция - ………….. да предоставя за:
* изпълнение на законовите процедури по предоставяне на административните услуги;
* осъществяван държавен здравен контрол**;**
* изпълняване на други нейни законови правомощия, на Министерство на здравеопазването и неговите подчинени административни структури при спазване на чл. 2, ал. 2, т. 2 и 3 от Закона за защита на личните данни, както и на международни организации при спазване на глава VІ от Закона за защита на личните данни, както и на други институции при спазване на нормативните изисквания.

Декларатор:

Име, фамилия.............................................................................. Подпис……………….................

Дата ……………………….