

Вх. №

ДО ДИРЕКТОРА

Дата:

НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:

ден, месец, година

ЗАЯВЛЕНИЕ
за издаване на международен сертификат за имунизации

От _____

(трите имена на заявителя)

УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Моля, да бъде издаден международен сертификат за имунизации

на лицето _____

(трите имена на латиница по лична карта или международен паспорт)

роден/а на _____ ЕГН _____

Адрес: гр.(с.) _____ Община (район) _____

ул.(ж.к.) _____ № _____ бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____

Прилагам:

- Личен имунизационен паспорт / ЛЗОК
- Лична амбулаторна карта / Здравна карта на дете
- Друг документ удостоверяващ извършени имунизации
- Документ за платена такса

Заявявам желанието си издаденият протокол да бъде получен:

- Чрез лицензиран пощенски оператор (куриерска услуга) на адрес:
- Лично от звеното за административно обслужване
- Чрез Системата за сигурно електронно връчване
- По електронен път на електронна поща _____

Изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция 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: _____

Подпис _____

Уникален номер на заявката: _____