Вх. № ………….……… / ……………….

ДО

ДИРЕКТОРА НА

РЗИ - ПЛЕВЕН

Д Е К Л А Р А Ц И Я

от маг.фарм.............................................................................................................................

управител на аптека .............................................................................................................

гр. ......................................... ул. ............................................................................................

*/адрес на аптеката /*

**Д Е К Л А Р И Р А М ,**

 че няма промяна в обстоятелствата, при които е издадена лиценцията №........................................................... както и, че не са възникнали обстоятелствата по чл.41 ал.1 от ЗКНВП.

 За неверни данни нося отговорност по чл.313 от НК.

Дата: ………………………… Подпис: ………………...

Предоставените от Вас данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информация, и се обработват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на Регионалната здравна инспекция - Плевен.