

Данни за заявление

Референтен номер на услуга *

e2f84754-cc8a-46f8-ad35-d5bd3fad39eb

Дата на попълване на заявление *

29.09.2023

ДО ДИРЕКТОРА НА

ОБЛАСТНА ДИРЕКЦИЯ ПО БЕЗОПАСНОСТ НА ХРАНИТЕ - ХАСКОВО *

ЗАЯВЛЕНИЕ

за вписване в регистъра по чл. 6, ал. 1, т. 9, б. „а” от Закона за защита на растенията на лица, които извършват фумигация на растения, растителни продукти и други обекти, съгласно чл. 116, ал. 1 от ЗЗР

Подавам заявлението в качеството ми на *

Законен представител

Представяващо лице

Лични данни

☒ Съгласен съм данните да бъдат извлечени и попълнени автоматично от регистрите на държавната администрация

Данните са извлечени на 29.09.2023 16:21

ЕГН/ЛНЧ *

5807026290

Тип *

ЕГН

Име *

Никола

Презиме

Иванов

Фамилия *

Първанов

Данни за контакт

Телефон *

1111111111

Електронна поща

dimi.ivanovaA1@bul-si.bg

Основни данни

☒ Съгласен съм данните да бъдат извлечени и попълнени автоматично от регистрите на държавната администрация

Данните са извлечени на 29.09.2023 16:21

ЕИК *

131423631

Наименование *

Тестов ЕТ - 98

Правна форма

Едноличен търговец

Адрес за кореспонденция

Държава *

България

Област *

Габрово

Община *

Габрово

Населено място *

гр. Габрово

Район

Изберете

Ул. /Бул. /Пл. /Ж. К. /Кв. *

улица кореспонденция

№/блок

4

Вх.

4

Ет.

4

Ап.

4

ПК

4444

Данни за контакт

Телефон *

23456789

Електронна поща

dimi.ivanova11Б@bul-si.bg

Заявление

УВАЖАЕМА/И Г-ЖО/Г-Н ДИРЕКТОР,

Уведомявам Ви, че ще извършвам фумигация на растения, растителни продукти и други обекти.

1. Склад за съхранение на ПРЗ

Държава *

България

Област *

Габрово

Община *

Габрово

Населено място *

гр. Габрово

Район

Изберете

Ул. /Бул. /Пл. /Ж. К. /Кв. *

адрес склад

№/блок

1

Вх.

1

Ет.

1

Ап.

1

ПК

1111

2. Лица със сертификат по чл. 83 от ЗЗР, свързани с дейностите в обекта

2.1. Лице, което контролира процеса по фумигация:

Име *

Тест

Презиме

контрол

Фамилия *

контрол

ЕГН/ЛНЧ *

1010101010

Притежава сертификат по чл. 83 от ЗЗР *

Да

2.2. Лице, което извършва фумигацията:

Име *

Тест А

Презиме

Тест А

Фамилия *

Тест А

ЕГН/ЛНЧ *

5607217787

Притежава сертификат по чл. 83 от ЗЗР *

Не

Документ за завършено обучение за фумигация *

Да

№

34

Издаден на

09-01-2023

от

тест

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

- ☒ предоставям личните си данни доброволно и давам съгласието си Българската агенция по безопасност на храните да ги обработва, съхранява и използва за изпълнение на законните интереси на Агенцията и при спазване разпоредбите на Регламент (ЕС) 2016/679 относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни; *
- ☒ ми е известно, че за предоставяне на невярна информация нося отговорност съгласно чл. 313 от Наказателния кодекс. *

Начин на получаване на резултат от услуга

Заявявам желанието си издадения документ да бъде получен *

Лично от звеното за административно обслужване

Моля изберете срок и такса за изпълнение на услугата *

Срок на изпълнение: 14 Работни дни

Обикновена услуга

Такса за услугата: 0

Прикачени документи

Разрешените формати за прикачване на файл са: doc, docx, odt, xls, xlsx, rtf, pdf, jpeg, png, tiff, gif, rar, zip.

Договор с лицето, което контролира процеса по фумигация (когато е приложимо);

File Name	Size
-----------	------

Документ за завършено обучение за фумигация на лицето, което извършва фумигацията;

File Name	Size
-----------	------

Договор с лицето, което извършва фумигацията (когато е приложимо);

File Name	Size
-----------	------

Списък на техниката и/или оборудването за прилагане на ПРЗ при фумигация;

File Name	Size
-----------	------

Други документи

Описание на документ	Име на файл
----------------------	-------------