Приложение № 1 към Заповед № Т-РД-04-13/19.08.2019 г. на министъра на туризма

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Вх. № | | | **до**  **МИНИСТЪРА НА ТУРИЗМА** | | | | |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ**  за сертифициране на Балнеолечебен (медикъл СПА) центьр, СПА центьр, Уелнес центьр и Таласотерапевтичен център | | | | | | | |
| **1. Данни за заявителя** | | | | | | | |
| * 1. .Наименование на търговеца идвършващ дейност в обекта   *(пълното име на организацията изписано на кирилица и на латиница)* | | | | | 1.2. ЕИК/Друго основание за извършване на стопанска дейност | | |
| **2. Адрес на заявителя** | | | | | | | |
| 2.1. Държава | 2.2. Община | | 2.3. Пощенски код | | | | 2.4. Населено място |
| 2.5. Район/квартал | 2.6. Булевард/площад/улица | | | | | | 2.7. № |
| 2.8. Блок | 2.9. вход | | 2.10. Етаж | | | | 2.11. Апартамент |
| 2.12. Телефон | 2.13. Факс | | | 2.14. E-mail | | | |
| 1. **Представителство на заявителя**   *(посочва се лицето с право да представлява заявителя при подаването на заявление-декларацията – законен представител или пълномощник)* | | | | | | | |
| З. 1. Име, презиме, фамилия | | 3.2. Качество на представляващия  *(посочва се качеството - управител, Изпълнителен* | | | | 3.3. Телефон/факс | |
| 3.4. E-mail | |
|  |  | | *директор, пълномощник)* | | | |  | |
| **4. Данни за обекта** *(отбелязва се с ”Х” вида обект, за който се заявява сертифициране)* | | | | | | | |
| 4.1. Наименование на обекта  ………………………………………………………….  *(изписано на кирилица и латиница)* | | | 4.2. Вид на обекта  Балнеолечебен (медикъл СПА) центьр  СПА център  Уелнес центьр | | | | |
|  | …………………………………………………………. | | | Таласотерапевтичен център | | | | |

1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 4.3. Номер и дата на удостоверението за регистрация на лечебно заведение/разрешението за осъществяване на лечебна дейност  ………………………………………………………  *(отнася се за балнеолечебен (медикъл СПА) център и таласотерапевтичен център)* | | | | | 4.4. Пореден номер на вписване в регистъра на обектите с обществено предназначение  ………………………………………………………….  *(отнася се за СПА център и уелнес център)* | | | | | |
| **5. Адрес на обекта** *(попълват се всички полета)* | | | | | | | | | | |
| 5.1. Община:  ………………………………… | | | 5.2. Пощенски код:………….. | | | 5.3. Населено място:  …………………………………………………………. | | | | |
| 5.4. Район/квартал:  ……………………………… | | 5.5. Булевард/площад/улица:  ……………………………………………………. | | | | | | | 5.6. №  ………………………….. | |
| 5.7. Телефон:  ………………………………………….. | | 5.8. Факс:  ……………………………… | | | | | 5.9. E-mail:  ………………………………………………….. | | | |
| 5.10. Прилежащ към:  ……………………………………………………………………………………………………………………………  *(Посочва се мястото за настаняване, към което е прилежащ* *заявения за сертифициране обект)* | | | | | | | | | | |
| **6. Данни за собствеността**  6.1. Документи за собственост или договор за наем:……………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………  *(посочват се индивидуализиращи данни за документа за ползване в зависимост от вида му, а когато документът за ползване подлежи на вписване, се посочват акт, том и година в службата по вписванията, в която е вписан. Когато не е налична такава информация, обстоятелствата се удостоверяват при проверка на място)*  6.2. Документ за въвеждане в експлоатация на обекта или разрешение за строеж:………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………….  *(посочва се номер и дата на издаване на разрешение за ползване или документ за въвеждане на обекта в експлоатация, когато такъв се изисква съгласно Закона за устройство на територията)* | | | | | | | | | | |
| **7. Данни за персонала** *(отбелязват се персонала по Наредба № 04-14 от 9 октомври 2019 г.)* | | | | | | | | | | |
| 7.1. Общ брой | | | | 7.2. Справка за образование, езикова квалификация и стаж | | | | | | |
| Длъжност | Брой лица | | | Образование | | Професионална квалификация | | Езикова квалификация | | Стаж |
| Управител/мениджър на центъра |  | | |  | |  | |  | |  |
| Лекар |  | | |  | |  | |  | |  |
| Кинезитерапевт |  | | |  | |  | |  | |  |
| Рехабилитатор |  | | |  | |  | |  | |  |
| Медицинска сестра |  | | |  | |  | |  | |  |
| Масажист |  | | |  | |  | |  | |  |
| Изпълнител на термални процедури |  | | |  | |  | |  | |  |
| Козметик |  | | |  | |  | |  | |  |
| Инструктор по фитнес |  | | |  | |  | |  | |  |
| Здравен асистент |  | | |  | |  | |  | |  |
| Рецепционист |  | | |  | |  | |  | |  |
| Воден спасител |  | | |  | |  | |  | |  |
| Фризьор |  | | |  | |  | |  | |  |
| Маникюрист-педикюрист |  | | |  | |  | |  | |  |
|
| **8. Други обстоятелства** | | | | | | | | | | |
| 8.1. Търговецът намира ли се в производство по несъстоятелност или ликвидация? | | | | | 8.2. Заявителят осигурил ли е подходящи помещения, обзавеждане, оборудване и условия за предоставяне на съответните услуги за | | | | | |
|  | Лицето в ликвидация ли е?  *(отнася се за лицата, които не са търговци)*    Да Не | | | | | заявения за сертифициране обект съгласно изискванията на наредбата по чл. 138, ал. З от Закона за туризма?  Да Не | | | | | |

2

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Декларация за истинност**  Декларирам, че посочените данни са верни.  Известно ми е, че за деклариране на неверни данни нося наказателна отговорност по чл. 313 от НК. | |
| **10. Приложени документи**  *(отбелязват се с „Х“ приложените документи)* | |
| 10.1. Копие от документа за ползване на помещенията, когато документът за ползване не подлежи на вписване |  |
| 10.2. Изрично пълномощно в оригинал, когато се подава от пълномощник |  |
| 10.3. Други  *10.3.1.:*  *10.3.2.:*  *10.3.3:*  *(описват се приложените допълнително документи)* |  |
| **11. Подпис**   * *поставя се саморъчен подпис на представляващия заявителя;* * *ако се подава по електронен път, файлът се подписва с електронен подпис* | |

