***Данни за кандидата*** /

*Applicant Details*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Заявител*** / *Full Name:* |  |
| ***Адрес*** / *Address:* |  |
| ***Телефон*** / *Phone No:* |  |
| ***E-mail:*** |  |

***Данни за АеМС*** */*

*AeMC Details*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Име на АеМС*** / *Name of AeMC:* |  | | | |
| ***Адрес на АеМС*** / *Address* *of AeMC* |  | | | |
| ***Кандидатства за одобрение на*** / *Requesting Certification Approval for*: | ***Първоначален*** / *Initial approval* □ | | ***Промяна*** /  *Change of approval \*:* □ | |
| **Class 1 □** | **Class 2 □** | **Class 3 □** | **LAPL □** |
| \*Да се приложи копие на старият сертификат / *Attach a copy of previous certificate* | | | | |

***Ръководител на АеМС*** */*

*Head of AeMC*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Име, презиме, фамилия*** / *Full Name:* |  |
| ***AME Сертификат №*** / *AME Certificate Reference \*:* | \*Да се приложи копие на сертификат / *Attach a copy of the certificate* |
| ***Class 1 права от*** / *Class 1 privileged since:* | (dd/mm/yyyy) |

***Необходими документи*** /

*Documents and manuals to be submitted with application*

|  |  |
| --- | --- |
| □ | **Списък и квалификации на АМЕ, медицински специалисти, помощен персонал, консултанти независимо дали работят на пълен или непълен работен ден** / *List and qualification of all AME’s, medical staff and supporting specialist, consultants and whether they work full time or part time* |
| □ | **Записи за обучение на персонала** / *Staff training records* |
| □ | **Автобиография на ръководител АеМС** / *Head of AeMC CV* |
| □ | **Документи за клинична връзка или връзка с определено болнично заведение или медицински институт** / *Documents of clinical attachment, or liaison with designated hospitals, or medical institutes* |
| □ | **Документи свързани с управлението** / *Management System Documentation* |
| □ | **Медицинска апаратура и друго оборудване** / *Medical and other equipment* |

|  |  |
| --- | --- |
| □ | **Други наръчници и документи** / *Other Manual(s) and documents* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Декларирам, че съм оправомощен да подам това заявление в ГД ГВА и че цялата предоставена информация и приложените към него документи са верни, пълни, точни и в съответствие с ORA.GEN.115 и ORA.AeMC.115 от Регламент (ЕС) № 290/2012 на Комисията.  Аз, заявителят, посочен по-горе, удостоверявам, че всички посочени, в това заявление, лица отговарят на приложимите изисквания.  *I declare that I have the legal capacity to submit this application to BG CAA and that all information provided in this Application Form and documentation attached to it is correct, complete and in compliance with ORA.GEN.115 and ORA.AeMC.115 of Regulation (EU) No 290/2012.*  *I, the applicant identified above, certify that all the above-named persons are in compliance with the applicable Requirements.* | | |
|  |  |  |
| Дата / *Date* | Име на заявителя / *Name of the applicant* | Подпис / *Signature* |
| **Настоящето Заявление и допълнителните документи се изпращат по e-mail или по поща до /** *This Application Form and the additional documentation should be sent by e-mail or regular mail to:*  **ГД ГВА** *BULGARIAN CIVIL AVIATION ADMINISTRATION*  **БУЛ. „БРЮКСЕЛ“ № 1** *1 BRUSSELSS BLV.*  **ЛЕТИЩЕ СОФИЯ** *SOFIA AIRPORT*  **СОФИЯ, БЪЛГАРИЯ** *SOFIA, REPUBLIC OF BULGARIA*  **E-MAIL: MED@CAA.BG** | | |

ИНСТРУКЦИИ ЗА НЕОБХОДИМИТЕ ДОКУМЕНТИ */ INSTRUCTIONS*

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Списък на всички лица, които участват или ще участват в дейността на АеМС, с описание на опит, квалификации, специалности и копие на съответния документ, доказващ същото. / *List of personnel who participate or will participate in AeMC’s activities, description of experience, qualifications, specialties. Please attach copies of the relevant documents.* |
| 2 | Информация за проведените обучения на персонала / *Information on personnel training.* |
| 3 | CV и подробна информация за номинирания за ръководител на АеМС / *CV and detailed information about the Head of AeMC nominated* |
| 4 | Копия на документи доказващи клинична връзка или връзка с определено болнично заведение или медицински институт, ако е приложимо. */ Copies of evidence of affiliation with clinical or hospital facility or medical institute, if applicable.* |
| 5 | Процедури описващи основните дейности за съответствие с европейските изисквания, както и разработена процедура за уведомяване на ГД ГВА за промените, които не подлежат на одобрение, съгласно ORA.GEN 130 и ARA.GEN.310 c); */ Procedures according EU Regulation’s requirements, as well as a procedure according ORA.GEN 130 и ARA.GEN.310 c) – changes not requiring prior approval.* |
| 6 | Подробен списък на медицинската апаратура, която ще се използва, както и информация за сключени договори за поддръжката й. Списък на основното техническо оборудване. */ Detailed list of used medical and technical equipment, as well as maintenance contract information’s.* |

Желая да получа индивидуалния административен акт *(посочете избрания от Вас начин):*

**По електронен път – като електронен документ:**

Чрез Системата за сигурно електронно връчване на Министерство на електронното управление

*(необходимо е да имате регистрация в ССЕВ)*

Чрез документния портал на ГД ГВА

*(необходимо е поне веднъж да сте подавали документи чрез портала)*

**На хартиен носител:**

**На място в Център за административно обслужване на ГД ГВА:**

на бул. „Брюксел“ № 1

на ул. „Дякон Игнатий“ № 9 (сграда на МТС)

*(посочете избрания от Вас адрес)*

**Чрез лицензиран пощенски оператор** на адрес: гр. ……………; ул. ………….. № ………, бл. ……, вх. ….., ет. …., ап. ….., пощенски код …..

*(разходите са за сметка на получателя)*