
ПРИЛОЖЕНИЕ № 20

**ДОКУМЕНТИ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР
С НЗОК ЗА ОКАЗВАНЕ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ**

ДЕКЛАРАЦИЯ

за наличие в лечебното заведение на функционираща
и изправна медицинска апаратура и оборудване

ОТ

.....
(вид, наименование и правноорганизационна форма на лечебно заведение по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 9,
ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 10, т. 3а и т. 3б от ЗЛЗ с разкрити легла, по чл. 10, т. 6 от ЗЛЗ, лечебно заведение
за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ), с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа)

със седалище и адрес на управление
местонахождение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се
извършва лечебната дейност)
представявано ОТ

.....
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

в качеството на
(управител; изпълнителен директор; прокурор; директор, пълномощник и др.)

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Представяваното от мен лечебно заведение разполага с изискуемите съгласно приложение № 17/приложение№ 18/приложение№ 19 от НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г., медицинска апаратура и оборудване, необходимо за оказване на болнична помощ по КП/АПр/КПр, за които то кандидатства.

При деклариране на невярна информация нося отговорност съгласно действащите нормативни разпоредби на РБългария.

При промяна в декларираните обстоятелства се задължавам в срок от 5 работни дни да уведомя писмено РЗОК – гр.

ДЕКЛАРАТОР:

Дата:

Подпис:

Печат на лечебното заведение:

ДЕКЛАРАЦИЯ

за наличие и поддържане на софтуер за въвеждане и отчитане на договорената дейност по НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.

от

.....
(вид, наименование и правноорганизационна форма на лечебно заведение по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 9, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 10, т. 3а и т. 3б от ЗЛЗ с разкрити легла, по чл. 10, т. 6 от ЗЛЗ, лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ), с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа)

със седалище и адрес на управление
местонахождение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност)
представявано от

.....
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

в качеството на

(управител; изпълнителен директор; прокурор; директор, пълномощник и др.)

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Представяваното от мен лечебно заведение е оборудвано и поддържа софтуер за въвеждане и отчитане на договорената дейност по НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.

При деклариране на невярна информация нося отговорност съгласно действащите нормативни разпоредби на РБългария.

ДЕКЛАРАТОР:

Дата:

Подпис:

Печат на лечебното заведение:

ДЕКЛАРАЦИЯ

ОТ

.....
(вид, наименование и правноорганизационна форма на лечебно заведение по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 9, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 10, т. 3а и т. 3б от ЗЛЗ с разкрити легла, по чл. 10, т. 6 от ЗЛЗ, лечебно заведение за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ), с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа)

със седалище и адрес на управление
местонахождение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност)
представявано ОТ

.....
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

в качеството на

(управител; изпълнителен директор; прокурор; директор, пълномощник и др.)

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Медико-диагностичната лаборатория, включена в структурата на представляваното от мен лечебно заведение, разполага с програмен продукт, отговарящ на установените изисквания за извършване на медико-диагностичните изследвания.

При промяна в декларираните обстоятелства се задължавам в срок от 5 работни дни да уведомя писмено РЗОК

ДЕКЛАРАТОР:

Дата:

Подпис:

Печат на лечебното
заведение:

Забележка: Декларацията се попълва от изпълнители на болнична помощ, които кандидатстват за сключване на договор за оказване на ЗЗОЛ на извънболнична медицинска помощ от основния пакет специализирана извънболнична медицинска помощ

ДЕКЛАРАЦИЯ

за наличие на документална система за проследяване на лекарствените продукти,
заплащани от НЗОК извън стойността на КП и АПр

ОТ

.....
(вид, наименование и правноорганизационна форма на лечебно заведение по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 9,
ал. 1 от ЗЛЗ, по чл. 10, т. 3а и т. 3б от ЗЛЗ с разкрити легла, по чл. 10, т. 6 от ЗЛЗ, лечебно заведение
за СИМП (МЦ, ДЦ, МДЦ или ДКЦ), с разкрити легла за наблюдение и лечение до 48 часа)

със седалище и адрес на управление
местонахождение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се
извършва лечебната дейност)
представявано от

.....
(трите имена на представляващия лечебното заведение)

в качеството на

(управител; изпълнителен директор; прокуриснт; директор, пълномощник и др.)

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Представяваното от мен лечебно заведение поддържа документална система за
проследяване на лекарствените продукти, заплащани от НЗОК извън стойността на КП
и АПр.

При деклариране на невярна информация нося отговорност съгласно действащите
нормативни разпоредби на РБългария.

ДЕКЛАРАТОР:

Дата:

Подпис:

Печат на лечебното заведение:

За Националната здравно-
осигурителна каса:

Председател на НС на НЗОК:
Жени Начева

Членове на Надзорния съвет на НЗОК:
Д-р Бойко Пенков

Галя Димитрова

Росица Велкова

Д-р Иван Кокалов

Теодор Василев

Григор Димитров

Оля Василева

Андрей Дамянов

Управител на НЗОК:
Д-р Дечо Дечев

За Българския лекарски съюз:

Председател на УС на БЛС:
Д-р Иван Маджаров

проф. д-р Николай Габровски

д-р Николай Брънзалов

д-р Стоян Борисов

д-р Атанас Атанасов

доц. д-р Христо Шивачев

д-р Нели Нешева

д-р Роза Анева

д-р Гергана Николова

д-р Александър Заимов

Съгласувал:

Министър на здравеопазването
Кирил Ананиев