**ДЕКЛАРАЦИЯ**

/съгласно чл. 20, ал. 4а, т. 5 от Наредба № 5 от 21.03.2014 г./

**при кандидатстване на осигурени лица за последващо възстановяване на разходи за медицински изделия, заплащани по реда на Наредба № 2 от 2019 г., във връзка с издадено предварително разрешение за последващо възстановяване на разходи за трансгранично здравно обслужване в друга държава-членка на ЕС**

Долуподписаният заявител......................................................................................................,

.........................................................................................................ЕГН.....................................,

(*име, презиме, фамилия*)

1. Във връзка с настоящото искане ДЕКЛАРИРАМ, че към настоящия момент не се ползвам от друг инструмент за финансиране с публични средства за същите услуги.

2. Уведомен съм, че на предварително разрешение за последващо възстановяване на разходите за трансгранично здравно обслужване в ЕС подлежат здравните услуги, лекарствените продукти и медицинските изделия посочени в Приложение към чл. 19, ал. 1 от Наредба № 5 от 2014 г., изм. и доп. ДВ, бр. 110 от 2020г.

Настоящото искане се отнася до медицинските изделия, заплащани по реда на Наредба № 2 от 2019 г. за медицинските и други услуги по чл. 82, ал. 1а и 3 от Закона за здравето и за реда и условията за тяхното одобряване, ползване и заплащане, необходими за осъществяването на здравни услуги, за които е получено предварително разрешение за възстановяване на разходите по чл. 25, ал. 1 от Наредба № 5 от 2014 г.

Заявител: ……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

*(име, презиме, фамилия)*

Подпис: …………………………………..

Дата: ………………………………………

Родител:............................\*

***\* На това място родителят се подписва, когато заявителят е лице между 14 и 18 годишна възраст.***