**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 заведениеза 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) ………………………………………………………………

представлявано от

………………………………………………………………....................…….

*(трите имена на представляващия лечебното заведение)*

в качеството на ………………………………………………………………………………..

*(управител; изпълнителен директор; прокурист;директор, пълномощник и др.)*

**ДЕКЛАРИРАМ**, че:

Представляваното 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: