# Д Е К Л А Р А Ц И Я

Долуподписаният /ата/ .................................................................................................. ......................................................................................................................................................,

в качеството си на ........................................................................., представляващ лечебното заведение за оказване на болнична медицинска помощ:........................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................

# 

**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:**

В лечебното заведение за оказване на болнична медицинска помощ ..................................................................................................................................................... е наличен видеоконтрол на входа и изхода на ангиографските зали и в болничните структури, в които се осъществяват съдови инвазивни и интервенционални процедури.

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

Дата: Подпис:

Печат: