**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 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 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: