**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 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:**

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 допълнително споразумение за оказване на ЗЗОЛ на извънболнична медицинска помощ от основния пакет специализирана извънболнична медицинска помощ