**ДЕКЛАРАЦИЯ**

съгласно чл. ……...от НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г. с информацията

**образец**

за дейността на лечебно заведение - изпълнител на специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)

……………………………………………………………….

*(наименование и вид на лечебното заведение - изпълнител на СИМП)*

……………………………………………………………………………

*месторазположение на лечебното заведение (адрес/и на помещенията, в които ще се извършва лечебната дейност)*

представлявано от……………………………………………………………….

*(трите имена на представляващия лечебното заведение)*

**ИАМН/РЗИ № ………………………………………..**

*(за лечебните заведения за извънболнична помощ)*

или

**ПМС № ................./............ г. за откриване/преобразуване на лечебното заведение**

*(за лечебните заведения за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ – изпълнители на СИМП)*

или

**Разрешение № …………/…….. г. за осъществяване на лечебна дейност на лечебно заведение за болнична помощ**

*(за лечебните заведения за болнична помощ – изпълнители на СИМП)*

Декларирам следното:

**1. Списък на лекаря(ите)** *–* **специалист(и), работещ(и) в лечебното заведение:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Име и фамилия** | **Специалност (и)** | **ВСД**  **ВСМДИ** | **№ на договор с ЛЗ** | **Срок на договор**  **(от- до)** | **Месечно работно време в часове** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**1.1. Списък на лекари без придобита специалност:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Име и фамилия | Име и фамилия на лекаря-специалист, под чието ръководство работи лекаря без придобита специалност | Специалност за лекаря-специалист, под чието ръководство работи лекаря без придобита специалност | № на договор с ЛЗ | Срок на договор (от- до) | Месечно работно време в часове |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**2. График на лекаря(ите)** *–* **специалист(и), работещ(и) в лечебното заведение:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ПОСЕЩЕНИЯ за:** | Понеделник (от – до) | Вторник (от – до) | Сряда (от – до) | Четвъртък (от – до) | Петък  (от – до) | Събота (от – до) | Неделя  (от – до) |
| Амбулаторни прегледи |  |  |  |  |  |  |  |
| Домашни прегледи |  |  |  |  |  |  |  |
| ЛКК**\*\*** |  |  |  |  |  |  |  |
| Профилактични прегледи на ЗОЛ с повишен риск от заболявания\*\*\* |  |  |  |  |  |  |  |
| Програма “Детско здравеопазване” от специалист по “Педиатрия” |  |  |  |  |  |  |  |
| Програма “Майчино здравеопазване” от специалист от “Акушерство и гинекология” |  |  |  |  |  |  |  |

**\*Забележка:** Посочват се работните дни в седмицата или четни и нечетни дати.

\*\* ЛКК – график за работа на Лекарска консултативна комисия.

\*\*\* Лечебните заведения представят график за работа на лекарите специалисти, извършващи профилактични прегледи на ЗОЛ с повишен риск от развитие на заболявания.

**3. Разполагам с изискуемото оборудване и обзавеждане, съгласно Приложение № 10 към НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.**

4.Лекарите/лекарите по дентална медицина - членове на ТЕЛК/НЕЛК упражняват дейностите по медицинска експертиза, които подлежат на техен контрол, при спазване на изискванията на чл.106 от ЗЗ.

При промяна в обстоятелствата по сключения договор с НЗОК, се задължавам, в срок от 5 календарни дни, да уведомя писмено РЗОК с копие на съответния документ на хартиен носител или до 3 работни дни по електронен път.

При промяна в графика за обслужване на пациентите се задължавам в срок до 3 календарни дни да уведомя РЗОК и да изпратя актуалния график писмено или по електронна поща, подписано с електронен подпис.

**Декларатор:**

(име и фамилия)

(собственоръчен/електронен подпис)