**ДЕКЛАРАЦИЯ**

съгласно чл. …..от НРД

**образец**

относно информацията за дейността на ЛЗ - изпълнител на СИМП

……………………………………………………………….

(име и вид на ЛЗ - изпълнител на СИМП)

……………………………………………………………………………

адрес

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

(име, фамилия)

**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, че:

**1. Списък на лекари, работещи в лечебното заведение:**

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

**\*Забележка**: За лекари без придобита специалност се посочва и името и специалността на лекаря, под чието ръководство извършват специализирани извънболнични медицински дейности.

**2. Работи при следния график:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 №10А.**

**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, се задължавам в срок от 5 календарни дни да уведомя писмено РЗОК на хартиен носител или в срок 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: собственоръчен/електронен подпис**

**/име, фамилия/**