## ОПИС - ПРОТОКОЛ

## Лекар по дентална медицина

................................................................................................................................................

/наименование на лечебното заведение/

................................................................................................................................................

/адрес на практиката/

Регистрационен № в ИАМН/РЗИ ..........................................

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Заявление по образец, утвърден от Управителя на НЗОК |  |
| 2. За дружествата, регистрирани в държава – членка на ЕС или държава, страна по споразумението за ЕИП – документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава |  |
| 3. Копие на удостоверението за регистрация на лечебното заведение съгласно ЗЛЗ в Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ (ИАМН)/Регионална здравна инспекция (РЗИ) с всички адреси, на които се осъществява дейността, намиращи се на територията на съответната РЗОК |  |
| 4. Удостоверение за актуално членство в съответната РК на БЗС с номер от националния регистър (ЛПК) по смисъла на чл.13, ал.1, т.3 от ЗСОЛЛДМ, издадено от съответната РК на БЗС – за лекари по дентална медицина, които ръководят, съответно работят в лечебните заведения |  |
| 5. Декларация от лекарите по дентална медицина, че не са с отнети права да упражняват дентална медицинска професия в РБългария - за лекари по дентална медицина, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение ***с поставена дата и подпис на лекаря*** |  |
| 6. Декларация на хартиен носител по образец, посочен в приложение № 4 от НРД за денталните дейности 2023-2025 г. за дейността на лечебното заведение за ИДП - ***с поставена дата, подпис на представителя на ЛЗ и печат на ЛЗ*** |  |
| 7. Декларация за работа в лечебно заведение, регистрирано на територията на друга РЗОК – за лекарите по дентална медицина, които работят в лечебното заведение ***с поставена дата и подпис на лекаря*** |  |
| 8. График и маршрут на подвижните структури /декларация по образец в Приложение № 4 към НРД за денталните дейности 2023-2025 г./ - *за лечебните заведения с разкрити подвижни структури -* ***с поставена дата, подпис на представителя на ЛЗ и печат на ЛЗ*** |  |
| 9. Копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специализация, издадени от Министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – за лекарите придобили медицинска специалност в друга държава |  |
| 10. Регистрация по ***БУЛСТАТ (за лечебните заведения, които са учредени от физически лица - лекари по дентална медицина)*** |  |
| 11. За страна по договор за оказване на СИДП по специалност „Детска дентална медицина” – документ, който удостоверява, че в съответното лечебно заведение работи лекар по дентална медицина с призната специалност „Детска дентална медицина” |  |
| 12. За страна по договор за оказване на специализирана хирургична извънболнична ДП – документ, който удостоверява, че в съответното лечебно заведение работи лекар по дентална медицина с призната специалност “Орална хирургия” и/или “Лицево-челюстна хирургия”/“Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия“ |  |
| 13. За страна по договор за оказване на ПИДП и СИДП под обща анестезия за ЗОЛ с психични заболявания:  - документ, който да удостоверява, че в съответното лечебно заведение работи общопрактикуващ лекар по дентална медицина, лекар по дентална медицина с призната специалност “Детска дентална медицина” и/или лекар по дентална медицина с призната специалност “Орална хирургия” или “Лицево-челюстна хирургия”/“Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия“  - декларация, че лечебното заведение отговаря на медицински стандарт “Анестезия и интензивно лечение” ***- с поставена дата, подпис на представителя на ЛЗ и печат на ЛЗ*** |  |
| 14. За страна по договор за извършване на секторна рентгенография на зъби и ортопантомография – документ за регистрация на лечебното заведение за извънболнична дентална помощ в ИАМН/РЗИ, с предмет на дейност рентгенография и документ, който да удостоверява, че в съответното лечебно заведение работи лекар по дентална медицина, притежаващ издадено по реда на Закона за безопасно използване на ядрената енергия удостоверение за съответната правоспособност съгласно чл. 11, ал. 5 от ЗЛЗ |  |
| 15. Декларация за липса на промени в обстоятелствата по т. 2, т. 3, т. 9, т. 10, т. 11, т. 12, т. 13 и т. 14 - за изпълнители на дентална помощ, които са имали сключен договор до момента на подаване на конкурсните документи ***с поставена дата, подпис на представителя на ЛЗ и печат на ЛЗ*** |  |

**Проверил: Предал:** /............................................/  **/подпис и печат/**