# 

# **декларация**

Долуподписаният/та/……………………………………………………….

(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

Представляващ лечебно заведение:.................………………............

…………………………………………………………………………………..

(наименование на лечебното заведение за ИДП)

С адрес/и за осъществяване на медицинска дейност:………………..

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

Регистрационен номер в ИАМН/РЗИ ……………………………...........

Договор № ………………………. с РЗОК.

**Декларирам, че:**

Няма настъпили промени в обстоятелствата, удостоверени с представените по сключения индивидуален договор документи относно:

1. Документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава /за дружествата, регистрирани в държава – членка на ЕС или държава, страна по споразумението за ЕИП/;

2. Удостоверение за регистрация на лечебното заведение в Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ (ИАМН)/Регионална здравна инспекция (РЗИ);

3. Документи за придобиване на професионална квалификация/ специалност/правоспособност на лекарите, работещи в лечебното заведение;

4. Регистрация в Търговския регистър/регистрация по БУЛСТАТ;

*\*\*\*обстоятелствата, при които няма настъпили промени се ограждат*

Уведомен/а/ съм, че за неверни данни нося наказателна отговорност по чл. 313 от НК.

Дата:……………… Декларатор:…………………

# подпис и печат

# 

# **декларация**

Долуподписаният/та/……………………………………………………….

ЛПК ………………….....

**Декларирам, че:**

1. Работя в лечебно заведение, регистрирано на територията на друга РЗОК: РЗОК - …………………........
2. Не работя в друго лечебно заведение, регистрирано на територията на друга РЗОК.

Уведомен/а/ съм, че за неверни данни нося наказателна отговорност по чл. 313 от НК.

Дата:……………… Декларатор:…………………

# 

# **декларация**

Долуподписаният/та/……………………………………………………….

ЛПК …………………..

**Декларирам, че:**

Не съм с отнети права да упражнявам дентална медицинска професия в Република България.

Уведомен съм, че за неверни данни нося наказателна отговорност по чл. 313 от НК.

Дата:……………… Декларатор:…………………

# **декларация**

Долуподписаният/та/……………………………………………………….

(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

Представляващ лечебно заведение:.................………………............

…………………………………………………………………………………..

С адрес/и за осъществяване на медицинска дейност:………………..

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

Регистрационен номер в ИАМН/РЗИ ……………………………...........

# Декларирам, че

1. Лечебното заведение отговаря на медицински стандарт “Анестезия и интензивно лечение“;

2. При промяна в обстоятелствата се задължавам в срок от 7 дни да уведомя писмено РЗОК.

Дата: *Декларатор:*

/име, фамилия, подпис, печат/

(

ДЕКЛАРАЦИЯ

..........................................................................................................................……………………………………..

(наименование и вид на лечебното заведение за ИДП)

………........................................................................................................................

………........................................................................................................................

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

с номер на регистрация в ИАМН/РЗИ №............................................................…

представлявано от......................................................................................................

(трите имена на представляващия лечебното заведение)

# Декларирам, че

1. Разполагам с изискуемото дентално оборудване и обзавеждане на кабинет в лечебно заведение за извънболнична дентална помощ, съгласно Приложение № 4 към НРД за денталните дейности 2023-2025 г..

2. Лекарите по дентална медицина, работещи в лечебното заведение не са членове на Трудово-експертна-лекарска комисия (ТЕЛК)/Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК).

3. Разполагам с изискуемото оборудване и обзавеждане за извършване на секторна рентгенография и/или ортопантомография.

*(само за ЛЗ за ИДП, извършващи рентгенографска дейност)*

4. При промяна в обстоятелствата по сключения договор с НЗОК, се задължавам в срок от 7 дни да уведомя писмено РЗОК.

Дата: *Декларатор:*

/име, фамилия, подпис, печат/

ДЕКЛАРАЦИЯ

(за групова практика, ДЦ, МДЦ и при наети лица в ЛЗ)

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

(наименование и вид на лечебното заведение за ИДП)

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

………........................................................................................................................

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

с номер на регистрация в ИАМН/РЗИ №...............................................................

представлявано от .....................................................................................................................................

(трите имена на представляващия лечебното заведение)

# Декларирам, че

1. В лечебното заведение работят следните лекари по дентална медицина за ПИДП/СИДП:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Име, фамилия | Пакет дейности\* | № на договор на лекар по дентална медицина, работещ в ЛЗ за ДП  (отнася се за групова практика, ДЦ, МДЦ) | Срок на договор\*\* от..............до............. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*В графата се вписва пакета дентална помощ, за който се сключва договора. (“Първична извънболнична дентална помощ, Специализирана детска дентална помощ”, “Специализирана хирургична дентална помощ”, Специализирана извънболнична дентална помощ под обща анестезия”).

\*\*Следва да бъде отразена датата на влизане в сила на договора, и датата на прекратяване, в случаите когато лицето е наето на срочен договор.

2. Разполагам с изискуемото дентално оборудване и обзавеждане на кабинет в лечебно заведение за извънболнична дентална помощ, съгласно Приложение № 4 към НРД за денталните дейности 2023-2025 г..

3. Разполагам с изискуемото оборудване и обзавеждане за извършване на секторна рентгенография и/или ортопантомография.

*(само за ЛЗ за ИДП, извършващи рентгенографска дейност)*

4. Лекарите по дентална медицина, работещи в лечебното заведение не са членове на Трудово-експертна-лекарска комисия (ТЕЛК)/Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК).

5. При промяна в обстоятелствата по сключения договор с НЗОК, се задължавам в срок от 7 днида уведомя писмено РЗОК.

Дата: *Декларатор:*

/име, фамилия, подпис, печат/

ДЕКЛАРАЦИЯ

**(за лечебни заведения с разкрити подвижни структури)**

..........................................................................................................................…………………………………….

(наименование и вид на ЛЗ за ИДП)

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

………........................................................................................................................

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

с номер на регистрация в ИАМН/РЗИ №.............................................................

представлявано от...................................................................................................

(трите имена на представляващия лечебното заведение)

# Декларирам, че

1. Лечебното заведение ще осъществява дейност по договор с НЗОК, чрез подвижни структури по график за обслужване на ЗОЛ, както следва:

|  |  |
| --- | --- |
| Населено място | График за обслужване на ЗОЛ |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

2. При промяна в обстоятелствата по сключения договор с НЗОК, се задължавам в срок от 7 дни да уведомя писмено РЗОК.

Дата: *Декларатор:*

/име, фамилия, подпис, печат/