## ОПИС - ПРОТОКОЛ

**на документите, които представя лечебното заведение, кандидатстващо за извършване на КДН**

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

/ наименование на лечебното заведение /

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

/адрес/и за осъществяване на медицинска дейност/

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Заявление по образец, утвърден от управителя на НЗОК |  |
| 2. За дружествата, регистрирани в държава - членка на ЕС, или в държава, страна по Споразумението за ЕИП - документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава |  |
| 3. Копие на разрешението за осъществяване на лечебна дейност, издадено от министъра на здравеопазването |  |
| 4. Копие от акта за създаване на лечебното заведение - за лечебните заведения по чл.5, ал.1 от ЗЛЗ |  |
| 5. Декларация от управляващия лечебното заведение по образец, съгласно Приложение № 15 /за наблюдение на пациенти с кожно-венерически заболявания/ или Приложение № 16 /за наблюдение на пациенти с психични заболявания/ към НРД за медицинските дейности 2023г. – 2025г. за функционираща и изправна налична медицинска апаратура и оборудване - *с поставена дата, подпис на представителя на ЛЗ и печат на ЛЗ* |  |
| 6. Копие на договор по чл. 250, ал.1, т.4 от НРД за медицинските дейности 2023г.-2025г. – когато ЛЗ е осигурило дейността на липсващите му структурни звена с необходимата медицинска апаратура и оборудване, чрез договор с друго лечебно заведение, сключило договор с НЗОК, в случаите, в които това се допуска в съответното КДН |  |
| 7. Копия на документи по чл. 250, ал.1, т.5 от НРД за медицинските дейности 2023г. – 2025г. за придобити специалности по Наредбата по чл.181, ал.1 от ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването - за лекарите, които ще осъществяват съответното КДН, за което кандидатства лечебното заведение |  |
| 8. Копие на удостоверения и/или сертификати на специалиста за извършване на определени дейности за работа със съответна медицинска апаратура, съгласно медицински стандарт „Кожни и венерически болести“/„Психиатрия“, които са в съответствие с чл.182 от ЗЗ – за лекарите, които ще изпълняват съответното КДН |  |
| 9. Копие на сертификат от участие в национална или чуждестранна нетърговска система за външна оценка на качеството по медицински стандарт „Клинична лаборатория“ и/или копие на сертификат за успешно приключил контролен цикъл по програмата за контрол на качеството на НСВОК по клинична лаборатория, микробиология, вирусология, медицинска паразитология, микология и клинична имунология - за съответния вид/видове лаборатории, които ще извършват дейността |  |
| 10. Копие от основен трудов договор, сключен със специалистите с придобити специалности |  |
| 11. Удостоверение за актуално членство в БЛС с номер от Националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от ЗСОЛЛДМ, издадено от съответната РК на БЛС или генерирано и отпечатано от електронната система на Националния регистър, съдържащо уникален буквено-цифров код, баркод и сканиран подпис - за лекарите, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение |  |
| 12. Декларация по чл. 21 от НРД за медицинските дейности 2023г.-2025г. на хартиен носител от всички лекари, които ще оказват медицинска помощ, за броя и вида договори с НЗОК, с която се удостоверява, че лекарят работи в изпълнение на не повече от два договора с НЗОК **/с поставена дата и подпис на лекаря/** |  |
| 13. 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** |  |
| 14. График за работа за изпълнение на КДН |  |
| 15. Копие на квалификационни документи за медицинско обучение след придобиване на специалност, необходими за изпълнение на ВСМД/ВСМДИ в съответствие с чл. 182 от ЗЗ и съответните утвърдени медицински стандарти |  |
| 16. Декларация за липса на промени по т.2, т.3, т.4, т.7, т.8, т.10, т.13 и т.15 /за ЛЗ, имали сключен договор до този момент с НЗОК/***с поставена дата, подпис на представителя на ЛЗ и печат на ЛЗ*** |  |

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