# 

# **декларация**

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

(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

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

…………………………………………………………………………………..

(наименование на лечебното заведение)

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

…………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………..

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

Договор № ………………………. сключен с РЗОК по реда на НРД за медицинските дейности 2020г. - 2022г.

**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. Квалификационни документи;

4. Регистрация в Търговския регистър

*\*\*\*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/………………………………………………………...................

УИН.....................................

**Декларирам, че**:

Оказвам медицинска помощ в изпълнение на следните договори, сключени с НЗОК, класирани по важност, както следва:

1.

2. ............................................................

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

Дата:……………… Декларатор:…………………