# ОПИС - ПРОТОКОЛ

# Изпълнител на ПИМП

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

/наименование на лечебното заведение/

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

/адрес/и за осъществяване на медицинска дейност/

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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 от удостоверение за регистрация на лечебното заведение в ИАМН/РЗИ |  |
| 4. Удостоверение за актуално членство в БЛС с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (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** |  |
| 5. Декларация на хартиен или електронен носител по образец, съгласно Приложение № 9 от НРД за медицинските дейности 2023г.-2025г., **с поставена дата, подпис на представляващия ЛЗ и печат на ЛЗ** |  |
| 6. Копие от договор по чл.19, ал.1 от НРД за медицинските дейности 2023г.-2025г. и график за обслужване на пациентите, удостоверяващи осигуряването на достъп до медицинска помощ извън обявения работен график на ЗОЛ, съгласно Наредба № 9 от 2019г., в случай, че не се осигурява самостоятелно |  |
| 7. Декларация на **хартиен** носител за броя ЗОЛ, осъществили правото си на избор на лекар ***/за ЛЗ, които не са имали сключен договор до този момент по реда на НРД за МД 2020г.-2022г./*** -**с поставена дата и подпис** |  |
| 8. 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**/ |  |
| 9. Необходимите квалификационни документи, съгласно наредбата по § 6, ал.2 от ПЗР на ЗЛЗ, а при липса на такъв квалификационен документ – документ, че са зачислени за придобиване на специалност по „Обща медицина“ (за лекарите учредили лечебно заведение за ПИМП или работещи като ОПЛ в лечебно заведение за болнична помощ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ) |  |
| 10. Копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специалност, издадени от Министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – **за лекарите придобили медицинска специалност в друга държава** |  |
| 11. Декларация за съгласие за заместване от заместника/заместниците или договор за заместване – **с дата и подпис на лекаря (за заместника, в случай че не е договорен партньор на РЗОК – София област, се прилагат**- копие от диплом и удостоверение за актуално членство в БЛС - **с дата и подпис на лекаря**) |  |
| 12. Лечебните заведения, кандидатстващи за изпълнение на пакета дейности, включени в приложение № 1а „Здравни грижи, осъществявани в дома от медицински сестри, акушерки или лекарски асистенти“ към чл. 1 от Наредба № 9 от 2019 г., прилагат:  - Сертификат за квалификация по професията от БАПЗГ с номер от националния регистър (УИН) по смисъла на § 1, т. 2 от допълнителната разпоредба на Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (ЗСОМСААМСЗПФ), издаден от съответната РК на БАПЗГ – за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти, които работят в лечебното заведение;  - Диплома за придобито висше образование с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ по специалностите „Медицинска сестра“/„Акушерка“/„Лекарски асистент“ от професионално направление „Здравни грижи“;  - Копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, издадено от министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – **за медицинските сестри/акушерки/лекарски асистенти чужденци.** |  |
| 12. Декларация за липса на промени по т. 2, т. 3, т. 6, т. 9 и т. 10 **/*за ЛЗ, имали сключен договор до този момент с НЗОК/* с поставена дата, подпис на представляващия ЛЗ и печат на ЛЗ** |  |
| 13. |  |

**Проверил : Предал :**

/ ............................................ /  **/ подпис и печат /**