# **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. Договор по чл.19, ал.1 от НРД за медицинските дейности 2020г.-2022г. и график за обслужване на пациентите, удостоверяващи осигуряването на достъп до медицинска помощ извън обявени работен график на ЗОЛ, съгласно наредбата по чл.45, ал.2 от ЗЗО;

4. Квалификационни документи;

5. 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**

За

заместване

Долуподписаният/та/ д-р ………………………………………………….,

Живущ на адрес ....................................................................................

диплома №…………….................... УИН...............................................

**Декларирам, че :**

В случай на отсъствие на д-р ..............................................................., изпълняващ първична извънболнична медицинска помощ, с адрес на лечебното заведение......................................................................................................................

и регистрационен № в ИАМН/РЗИ: .................................., ще го замествам, като поемам всички негови права и задължения за периода на отсъствията.

Дата:……………… Декларатор:…………………

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

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

с УИН …………………..

Регистрационен номер в ИАМН/РЗИ на лечебното заведение……….....................

**Декларирам**:

Общия брой ЗОЛ, избрали ме за свой общопрактикуващ лекар, е следния - ........... бр. За съответните лица прилагам информация на магнитен носител.

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

Дата:……………… Декларатор:…………………

**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:…………………