ДЕКЛАРАЦИЯ (за групова практика, ДЦ, МДЦ)

…………………………………………………………………………………

(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 и 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 договорът. ("Първична извънболнична дентална помощ, Специализирана детска дентална помощ”, "Специализирана хирургична дентална помощ”, Първична и/или 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.

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 за 2023 - 2025 г.
2. Разполагам с изискуемото оборудване и обзавеждане за извършване на секторна рентгенография и/или ортопантомография.

(само за ЛЗ за ИДП, извършващи рентгенографска дейност)

1. Лекарите по дентална медицина, работещи в лечебното заведение, не са членове на Трудово-експертна-лекарска комисия/Национална експертна лекарска комисия.
2. При промяна в обстоятелствата по сключения договор с НЗОК се задължавам в срок от 7 дни да уведомя писмено РЗОК.

Декларатор:

(име, фамилия, подпис, печат)

ДЕКЛАРАЦИЯ

(за лечебни заведения с разкрити подвижни структури)

(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:

|  |  |
| --- | --- |
| 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.

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

Декларатор:

(име, фамилия, подпис, печат)