# **декларация**

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

*(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)*

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

*(наименование на лечебното заведение за ПИМП)*

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

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

Договор № ………………………., сключен с РЗОК-Монтана 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/ **………………………………………………………..….**,

притежаващ диплома № **…………….……....**/дата **………………**. и номер от

националния регистър (УИН) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 от ЗСОЛЛДМ

**……………………………………….**

**Декларирам:**

Съгласен съм да замествам **......................................................................................................................................................** от лечебно заведение за първична извънболнична медицинска помощ: **………………………………………………………………………………………………….,** с адрес на лечебното заведение **.......................................................................................................................................................**

и регистрационен № в ИАМН/РЗИ: **..................................**, страна по договор с НЗОК за оказване на първична извънболнична медицинска помощ, за случаите, когато общопрактикуващия лекар не може да изпълнява лично задълженията си.

Известно ми е, че за срока на заместването имам всички права и поемам всички задължения на титуляра на практиката по неговия договор с НЗОК.

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/ **……………………………………………………….**

*(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)*

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

*(наименование на лечебното заведение за ПИМП)*

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

Регистрационен номер в ИАМН/РЗИ **…………………** 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:

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

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

*(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)*

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

*(наименование на лечебното заведение за ПИМП)*

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

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

**Декларирам**:

Че не съм с отнети права да упражнявам медицинска професия в Република България към датата на подаване на документите за сключване на договор с НЗОК по Национален рамков договор за медицинските дейности за 2023-2025г., № РД-НС-01-2 от 1.09.2023 г.

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

Дата:……………… Декларатор: