Приложение № 2

**Образец на декларация**

**към Условия и ред за сключване на индивидуални договори за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, съгласувани между НЗОК и БФС на основание чл. 45, ал. 17 от ЗЗО**

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

от ………………………………………………………………………………,

*(пълно наименование на притежателя на разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти в аптека)*

ЕИК

със седалище и адрес на управление:

представлявано от

*(за юридическо лице – пълно наименование на представителя, седалище и адрес на управление; за физическо лице – трите имена, ЕГН, постоянен адрес)*

в качеството му на

с документ, удостоверяващ представителната власт: ,

IBAN ,

BIC ,

банка (клон) ,

тел./факс: ,

e-mail:

Разрешение за търговия на дребно с лекарствени продукти № ......../ ,

издадено от

Адрес на аптеката: област ,

община ,

гр./с. ,

ул. ............................. № ........, тел.: ,

факс: ,

ръководител на аптека:

маг.-фарм. ,

ЕГН ................................, УИН

Адрес за кореспонденция:

Телефон: ,

факс:

е-mail: ,

моб. телефон:

С настоящата декларация

**ДЕКЛАРИРАМ:**

1. Запознат съм с Условия и ред за сключване на договори за заплащане на лекарствени продукти по чл. 262, ал. 6, т. 1 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, на медицински изделия и на диетични храни за специални медицински цели, заплащани напълно или частично от НЗОК, съгласувани между НЗОК и БФС на основание чл. 45, ал. 17 от ЗЗО.

2. Ръководителят на разкритата от мен аптека магистър-фармацевт работи само в посочената аптека.

3. В аптеката разполагам със:

– компютър, разположен в приемното помещение;

– софтуер, отговарящ на основните изисквания на НЗОК.

4. Аптеката ще работи с работно време:

□ денонощен режим на работа (24/7)

□ по график (в случай че не е отбелязан денонощен режим на работа)

– в делнични дни: от .................... до

в почивни дни:

– събота: от ...................................... до

– неделя: от ...................................... до

в празнични дни:

– от ...................................................... до

5. В аптеката работят: бр. магистър-фармацевти.

При промяна на горепосочените обстоятелства се задължавам да уведомя РЗОК в сроковете и по реда, установени в образеца на договор за отпускане на лекарствени продукти, медицински изделия и диетични храни за специални медицински цели за домашно лечение, заплащани напълно или частично от НЗОК/РЗОК.

Дата: ................... 2024 г. .......................................

*(подпис и печат)*