# Образец

ДЕКЛАРАЦИЯ

………………………………………………………………….............................................

(име и вид на ЛЗ за ПИМП)

………………………………………………………………………………………………

адрес

**представлявано от** ……………………………………………………………….

(име, презиме и фамилия)

**РЦЗ/РЗИ №** ……………………………….……………..

**Декларирам:**

Предприемам/е мерки за осигуряване на достъп до медицинска помощ извън обявения си работен график на задължително здравноосигурените лица по договор с друго лечебно заведение за болнична помощ, което е разкрило дежурен кабинет и което се намира на не повече от 35 км от месторазположението на практиката на общопрактикуващия лекар.

Адрес на другото лечебно заведение - ......................................................................

Съгласно съществуващата нормативна уредба, лечебното заведение, разкрило дежурния кабинет, предоставя на съответната районна здравноосигурителна каса в края на месеца, предхождащ месеца на дежурствата, списък на лекарите, които дават дежурства в кабинета по дни и часове, адрес на дежурния кабинет/и, като при необходимост списъкът може да се актуализира.

При промяна в обстоятелствата, се задължавам в срок от 5 работни дни да уведомя писмено РЗОК.

При промяна в графика за обслужване на пациентите се задължавам в срок до 3 календарни дни да уведомя РЗОК и да изпратя актуалния график писмено или по електронна поща, подписано с електронен подпис.

**Декларатор:**

/име, фамилия/