Образец

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**по чл. 187а/201а/205а/362а от НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г. (обн., ДВ,** [**бр. 7**](apis://Base=NARH&DocCode=3049218034&Type=201) **от 24.01.2020 г., в сила от 1.01.2020 г., попр., бр. 16 от 24.02.2020 г., изм. и доп., бр. 18 от 28.02.2020 г., в сила от 1.03.2020 г., изм. и доп., ДВ, бр.** **36 от 14.04.2020 г.)**

*(ненужното основание се заличава)*

**от**

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

*(наименование и вид на лечебното заведение - изпълнител на медицинска помощ)*

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

*(трите имена на представляващия лечебното заведение)*

Регистрационен номер на лечебното заведение в ИАМН/РЗИ № ............................….

**Декларирам, че:**

Не желая да получавам заплащане по договор № ……………… с РЗОК - …………… за работа при неблагоприятни условия, свързани с обявена епидемична обстановка и Заповед № РД-01-124/13.03.2020 г. на министъра на здравеопазването за въвеждане противоепидемиологични мерки на територията на Република България, с последващи изменения и допълнения на същата.

**Декларатор:**

**(име и фамилия)**

**(собственоръчен/електронен подпис)**