**Приложение № 2**

**ДО**

**МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**ЧРЕЗ**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

**за уведомяване за промени по извършената регистрация и във вписаните обстоятелства в разрешението за осъществяване на лечебна дейност**

От.............................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................

*(трите имена на лицето/лицата, представляващо/и лечебното заведение)*

Адрес ..............................................................тел. за връзка..................................................................

На основание чл. 50, ал. 1 и/или ал. 2 от Закона за лечебните заведения заявявам следните промени по извършената регистрация и/или във вписаните обстоятелства в разрешение за осъществяване на лечебна дейност №…………………………., издадено на ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(пълно наименование на лечебното заведение по търговска регистрация)*

ЕИК………………………………………..

1. Промяна по чл. 50, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, както следва:

*(седалище, капитал, член на управителен или контролен орган, име от документа за самоличност на член на управителен или контролен орган на лечебното заведение)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Промяна по чл. 50, ал. 2 от Закона за лечебните заведения, както следва:

(*наименованието на лечебното заведение по търговска регистрация; единен идентификационен код или единен регистрационен номер; дейностите съответно по* [*чл. 19*](apis://Base=NARH&DocCode=40426&ToPar=Art19&Type=201/)*,* ал. 1, [*чл. 26*](apis://Base=NARH&DocCode=40426&ToPar=Art26&Type=201/)*,* [*26а*](apis://Base=NARH&DocCode=40426&ToPar=Art26а&Type=201/)*,* [*26б*](apis://Base=NARH&DocCode=40426&ToPar=Art26б&Type=201/)*,* [*27*](apis://Base=NARH&DocCode=40426&ToPar=Art27&Type=201/)*,* [*28а*](apis://Base=NARH&DocCode=40426&ToPar=Art28а&Type=201/)*,* [*28б*](apis://Base=NARH&DocCode=40426&ToPar=Art28б&Type=201/) *и по* [*чл. 131, ал. 1 от Закона за здравето*](apis://Base=NARH&DocCode=40426&ToPar=Art131_Al1&Type=201/)*; нивото на компетентност на структурите; медицинските специалности, по които се осъществява дейността; клиниките и отделенията, в които се осъществява дейността, както и клинико-диагностичните структури, с техните нива на компетентност; адресът, на който се осъществява дейността).*

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(съответните промени се записват изчерпателно, включително адреса, на който се извършват)*

**Представят се само документи относно промяната и такива, чийто срок на валидност е изтекъл, придружени с декларация за липсата на промяна във всички останали документи и обстоятелства.**

**Приложения:**

Документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава - за дружествата, регистрирани в държава - членка на Европейския съюз, или в държава - страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство;

Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение;

Диплома за съответното висше образование на лицата, управляващи лечебното заведение, а за лицата по чл. 63, ал. 1, съответно и диплома, свидетелство или удостоверение за квалификация по здравен мениджмънт или диплома, или свидетелство за придобита образователна и/или научна степен, специалност или преминато обучение за повишаване на квалификацията по чл. 43 от Закона за висшето образование в областта на здравния мениджмънт;

Данните от документа за самоличност - за членовете на управителните и контролните органи на лечебното заведение;

Стандартните оперативни процедури, които съдържат подробни писмени описания на последователността и начина на извършване на дейностите по трансплантация за всеки специфичен процес, материалите и методите, които ще се използват, и очаквания резултат - за тъканните банки;

Документи за платена държавна такса по чл. 49, ал. 5 от ЗЛЗ и по чл. 46 от Закона за здравето;

 Декларация по чл. 50, ал. 2 от Закона за лечебните заведения.

**С уважение:…………………….*(подпис****)*

**Дата:……………………202...г.**

**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**по чл. 50, ал. 2 от Закона за лечебните заведения**

От..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(трите имена на лицето/лицата, представляващо/и лечебното заведение)*

Изпълнителен директор/Управител на: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(пълно наименование на лечебното заведение по търговска регистрация)*

ЕИК…………………………,

седалище и адрес на управление:.……………………………………………………………………

Декларирам, че липсва промяна във всички останали документи и обстоятелства, освен заявените и удостоверени нови обстоятелства. Известна ми е наказателната отговорност за деклариране на неверни данни, съгласно чл. 313 от Наказателния кодекс.

дата……………………… Декларатор:………………………………….

гр………………………... *(подпис)*