

Бл.№ 1 а

Вх.№...../.....г.

за административна услуга 1

ДО
ДИРЕКТОРА
на РЗИ - Варна

ЗАЯВЛЕНИЕ

От
(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

представляващ лечебно заведение.....
(наименование на лечебното заведение)

Рег.№....., с адрес:.....

ГОСПОДИН / ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Моля, на основание чл.81, ал. 1, т. 3 и ал. 2 от Закона за лечебните заведения, да бъде издадена Служебна бележка, необходима за сключване на договор с НЗОК за осъществяване на пакет извънболнична медицинска помощ от следните лекари-специалисти:

1.
(трите имена) (специалност за договор с РЗОК)

Съгласно изискванията на чл. 81, ал. 4, от ЗЛЗ, заявявам, че д-р
ще работи по договор с НЗОКчаса
седмично /но не по-малко от 5 часа седмично/

.....
(длъжност и наименование на лечебно заведение за болнична помощ по основен трудов договор)

2.
(трите имена) (специалност за договор с РЗОК)

Съгласно изискванията на чл. 81, ал. 4, от ЗЛЗ, заявявам, че д-р
ще работи по договор с НЗОКчаса
седмично /но не по-малко от 5 часа седмично/

.....
(длъжност и наименование на лечебно заведение за болнична помощ по основен трудов договор)

3.
(трите имена) (специалност за договор с РЗОК)

Съгласно изискванията на чл. 81, ал. 4, от ЗЛЗ, заявявам, че д-р
ще работи по договор с НЗОКчаса
седмично /но не по-малко от 5 часа седмично/

.....
(длъжност и наименование на лечебно заведение за болнична помощ по основен трудов договор)

Прилагам:

☐ Работен график, удостоверяващ, че лицето ще работи в лечебно заведение за извънболнична помощ не по-малко от 5 часа седмично.

Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:

- ☐ Лично от звеното за административно обслужване при компетентния орган
- ☐ По електронен път на електронна поща
- ☐ Чрез лицензиран пощенски оператор на адрес:.....

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пощенски пратки, и съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели.

Индивидуалният административен акт да бъде изпратен:

- ☐ като вътрешна препоръчана пощенска пратка
- ☐ като вътрешна куриерска пратка
- ☐ като международна препоръчана пощенска пратка

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/а.....

..... изразявам своето съгласие РЗИ – Варна да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи с цел осъществяване на законово регламентираните функции. Уведомен / а съм за целта и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на поправка на данните.

При прекратяване на договора със съответния специалист в заявеното от мен лечебно заведение, съм длъжен да уведомя РЗИ-Варна **в 7-дневен срок**.

Дата:

Подпис:.....