Д Е К Л А Р А Ц И Я

по чл. 43 от ЗЛЗ

Долуподписаният/ата ………………………………………………………………………….

Управител на …………………………………………………………………………………..

(наименование на лечебното заведение по регистрация)

с адрес на лечебното заведение, в което се осъществява дейността ………………………

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

(населено място, ул., №)

**Декларирам, че липсват настъпили промени във всички останали документи и обстоятелства, освен заявените и удостоверени нови обстоятелства.**

Дата: ……………………….. Управител: …………………

(подпис, печат)