**ЧРЕЗ**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ .....................................**

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ**

**«МЕДИЦИНСКИ НАДЗОР»**

**гр. София, ул. «Св. Г. Софийски» № 3**

**З А Я В Л Е Н И Е**

от ..........................................................................................................................................................,

*(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)*

адрес .....................................................................................................................................................,

л.к. № ......................................, издадена на ....................... от ..........................................................

ЕГН ............................... телефон/и за контакти: .................................., e-mail: ...............................

чрез пълномощник: .............................................................................................................................

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

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Моля, на основание чл. 43 и във връзка с чл. 41, ал. 1, т. 9 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) да бъде издадено Удостоверение за пререгистрация поради промяна в обстоятелствата по чл. 41, ал. 1, т. 1 - 8 от ЗЛЗ на регистрираното в ИАМН лечебно заведение:

...............................................................................................................................................................,

*(пълно наименование на лечебното заведение)*

регистрирано като ……………………………………………………….……………………..……

*(вид на лечебното заведение – АПМП-ИП, АПМП-ГП, МЦ, ДКЦ и т.н)*

с ЕИК/код по БУЛСТАТ ................., рег. № в регистъра на лечебните заведения: …….....……,

поради настъпила промяна в следните обстоятелства:

* **Промяна в управлението на лечебното заведение:**

Вписване на нов управител/и …………………………………………….…………………………

*(вписват се подробни данни за новия/те управител/и*

* **Промяна на адрес/и:**

Нов адрес/и: ………...…………………………………….…………………………………………..

Заличаване на адрес/и: ………………………………………………………………………………

Добавяне на адрес/и: ……………………….………………………………………………………..

* **Промени в специалност/и, по които е регистрирано лечебното заведение:**

Нова/и: ………………………………………………………………………………………………..

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

Заличаване: ……………………….……………………………..……………………………..…….

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

* **Промени в лекарите специалисти:**

Добавяне на лекар/и: ……………………………………………………………….………………..

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

(трите имена, специалност, УИН)

Заличаване на лекар/и: ………………………………………………………………………………

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

* **Друго** …..……………………………………………………………………………………….

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

*(вписва се настъпилата промяна по обстоятелствата)*

Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:

|  |  |
| --- | --- |
|  | чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: гр./с. ................................................................ |

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

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 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | по електронен път на електронна поща |

|  |  |
| --- | --- |
|  | лично от звеното за административно обслужване при съответното РЗИ |

**Приложения *(прилагат се само документите, за които има настъпила промяна)*:**

* 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;
* списък с имената на лицата - съдружници или акционери в дружеството или членове на кооперацията, учредяващи групова практика;
* дипломата за съответното висше образование на лицата, които ще управляват, съответно ще работят в лечебното заведение;
* документ за призната специалност на лицата, които ще ръководят, съответно ще работят в лечебното заведение, вкл. списък на лекарите, съдържащ трите имена, уникален идентификационен код и придобита специалност, а в случаите по чл. 14а от ЗЛЗ – документ, че лицето е прието за обучение за придобиване на специалност „Обща медицина”;
* свидетелство за съдимост или аналогичен документ - за лицата, членове на управителните и контролните органи на лечебното заведение, които не са български граждани;
* **декларация за липсата на промяна във всички останали документи и обстоятелства (*ПРИЛАГА СЕ ЗАДЪЛЖИТЕЛНО)*;**
* документ за платена такса по чл. 41, ал. 4 от ЗЛЗ, както и по чл. 46 от Закона за здравето, внесена по банкова сметка на ИАМН: **BG61 BNBG 9661 3100 1301 01** -транзитна сметка. Банковият идентификационен код /BIC/ на БНБ е **BNBGBGSD**.
* в случаите, когато лечебното заведение ще извършва вземане и присаждане на тъкани и клетки, документ за платена такса документ за платена такса за извършване на дейности по чл. 13, ал. 2 от Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки и/или дейности по чл. 131, ал. 1 от Закона за здравето.

**Дата:** ..................... 202... г.  **Заявител/Пълномощник:** ..........................................