**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**във връзка с чл. 43 от Закона за лечебните заведения**

Долуподписаният……………………………………….……………………………….……………

**(*имена на лицето, представляващо лечебното заведение по лична карта*)**

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

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

***(изписва се името на лечебно заведение****)*

Адрес на лечебното заведение:……………………………………………………………………

***(община, гр./с., ул.№, етаж, кабинети № №….)***

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

Седалище и адрес на управление по търговска регистрация

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

Телефони за връзка:………………………………………….………………………….………………

e-mail:………………………………..………………….…………………………………………

Декларирам, че липсва промяна във всички останали документи и обстоятелства освен заявените и удостоверени нови обстоятелства.

Гр. ……………….. Декларатор: ……………………………....

Дата………………  *(подпис)*