**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/А Г-Н/Г-ЖО ДИРЕКТОР,**

Моля, на основание чл. 39 и чл. 40 от Закона за лечебните заведения да регистрирате в Изпълнителна агенция „Медицински надзор“

1. .......................................................................................................................................................

*(наименование на лечебното заведение)*

с ЕИК/код по БУЛСТАТ ...................................

и адреси на осъществяване на дейност:

1. ............................................................................................................................................................

2. ............................................................................................................................................................

3. ............................................................................................................................................................

*(посочват се пълни административни адреси, при необходимост се добавят допълнителни редове)*

телефон/и на лечебното заведение: …………………………, e-mail: ............................................

като:

* амбулатория за първична медицинска помощ – индивидуална практика за първична медицинска помощ
* амбулатория за първична медицинска помощ - групова практика за първична медицинска помощ
* амбулатория за първична медицинска помощ – индивидуална практика за първична дентална помощ
* амбулатория за първична медицинска помощ - групова практика за първична дентална помощ
* амбулатории за специализирана медицинска помощ - индивидуална практика за специализирана медицинска помощ;
* амбулатория за специализирана медицинска помощ - групова практика за специализирана помощ
* амбулатории за специализирана медицинска помощ - индивидуална практика за специализирана дентална помощ;
* амбулатория за специализирана медицинска помощ - групова практика за дентална помощ
* медицински център
* медико-дентален център;
* диагностично-консултативен център;
* самостоятелни медико-диагностична лаборатория
* самостоятелна медико-техническа лаборатория;
* дентален център;
* амбулатория за здравни грижи – индивидуална практика за здравни грижи
* амбулатория за здравни грижи – групова практика за здравни грижи
* хоспис
* …………………………………………………………………………………………………...

по следните медицински специалности:

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

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

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

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

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

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

1. **В лечебното заведение ще се извършват:**

следните дейности по вземане и присаждане на тъкани и клетки, съгласно ЗТОТК/Асистирана репродукция по чл. 131, ал. 1 от ЗЗ:

1. ……………………………………………………………………………………………………...
2. ……………………………………………………………………………………………………...
3. ……………………………………………………………………………………………………...
4. **В лечебното заведение ще се извършват:**

* клинични изпитвания на лекарствени продукти;
* обучение на студенти и следдипломно обучение на медицински специалисти;
* научна дейност;
* предоставят социални услуги и интегрирани здравно-социални услуги при условията и по реда на Закона за социалните услуги.

1. **В лечебното заведение са разкрити:**

………………. бр. легла за наблюдение и лечение до 48 часа (не повече от 10);

………………. бр. легла за наблюдение и лечение до 48 часа за целите на провеждани клинични изпитвания на лекарствени продукти в диагностично-консултативните центрове (не повече от 5).

1. **В лечебното заведение работят следните лекари *(посочват се УИН и специалност)*:**

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

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

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

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

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

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

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

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:**

* 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;
* списъци на електронен и хартиен носител по образец № Обр. ИАМН/РРЛЗ 24-08 с декларативен характер;
* 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”;
* копие на трудов/граждански/друг вид договор относно правоотношенията на лицата които ще ръководят, съответно ще работят в лечебното заведение
* свидетелство за съдимост или аналогичен документ - за лицата, членове на управителните и контролните органи на лечебното заведение, които не са български граждани;
* 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:** ..........................................