**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

за липса на промяна в обстоятелствата

 Долуподписаният/та…………………………………………………………………...,

 *(трите имена на лицето по лична карта)*

в качеството си на представител на ………………………………………………………......

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

 *(наименование и вид на лечебното заведение по търговска регистрация)*

с постоянен адрес:……………………………………………………………………………...

………………………………ЕГН……………………,№ на лична карта...............................,

издадена на ……………………..от ……………………………………………………….....,

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

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

Дата: ………………………. *(подпис)*