Вх. №

Дата:
ден, месец, година

ДО
ИЗП.ДИРЕКТОР НА
ИА „МЕДИЦИНСКИ НАДЗОР“
ЧРЕЗ ДИРЕКТОРА
НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:

ЗАЯВЛЕНИЕ

за издаване на удостоверение за пререгистрация поради промяна в обстоятелствата пререгистрация на лечебни заведения за извънболнична помощ и хосписите

От

(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

ЕГН

адрес за кореспонденция:

телефон за връзка: , e-mail:

чрез пълномощник:

УВАЖАЕМИ Г-Н 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:

и предмет на дейност:

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)

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)*;**

Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:

☐ Чрез лицензиран пощенски оператор (куриерска услуга) на адрес:

☐ Лично от звеното за административно обслужване

☐ Чрез Системата за сигурно електронно връчване

☐ По електронен път на електронна поща

Декларирам, че предоставям доброволно и давам своето съгласие РЗИ да обработва, съхранява и архивира личните ми данни, с цел осъществяване на законово регламентираните функции на инспекцията, съгласно разпоредбите на ЗЗЛД.

Дата: Подпис: