Вх. №

Дата:
ден, месец, година

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

за издаване на удостоверение за спазване на здравните изисквания и утвърдените медицински стандарти за извършване на регистрация 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. 39 и чл. 40 от Закона за лечебните заведения да регистрирате в Изпълнителна агенция „Медицински надзор“

I.

(наименование на лечебното заведение)

с ЕИК/код по БУЛСТАТ

и адреси на осъществяване на дейност:

1.

2.

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;

☐ друго

по следните медицински специалности:

Лечебното заведение ще извършва следните дейности по вземане и присаждане на тъкани и клетки, съгласно ЗТОТК:

II. В лечебното заведение са разкрити следните подвижни структури:

(изрично се посочват и дейностите, които се извършват от подвижните структури)

III. 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.

IV. 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).

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

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 _____ бр.

☐ документ за призната специалност на лицата, които ще ръководят, съответно ще работят в лечебнотозаведение, а в случаите по чл. 14а от ЗЛЗ – документ, че лицето е прието за обучение за придобиване на специалност „Обща медицина" _____ бр.

☐ свидетелство за съдимост или аналогичен документ - за лицата, членове на управителните и контролните органи на лечебното заведение, които не са български граждани _____ бр.

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: _____