**Приложение № 2**

**ДО**

**МИНИСТЪРА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**ЧРЕЗ**

**ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ**

**СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

#### ЗАЯВЛЕНИЕ

**за уведомяване за промени по извършената регистрация и във вписаните обстоятелства в разрешението за осъществяване на лечебна дейност**

От.............................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................

*(трите имена на лицето/лицата, представляващо/и лечебното заведение)*

Адрес ..............................................................тел. за връзка..................................................................

На основание чл. 50, ал. 1 и/или ал. 2 от Закона за лечебните заведения заявявам следните промени по извършената регистрация и/или във вписаните обстоятелства в разрешение за осъществяване на лечебна дейност №…………………………., издадено на ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(пълно наименование на лечебното заведение по търговска регистрация)*

ЕИК………………………………………..

1. Промяна по чл. 50, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, както следва:

*(седалище, капитал, член на управителен или контролен орган, име от документа за самоличност на член на управителен или контролен орган на лечебното заведение)*

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

1. Промяна по чл. 50, ал. 2 от Закона за лечебните заведения, както следва:

(*наименованието на лечебното заведение по търговска регистрация; единен идентификационен код или единен регистрационен номер; дейностите съответно по* *чл. 19**,* ал. 1, *чл. 26**,* *26а**,* *26б**,* *27**,* *28а**,* *28б* *и по* *чл. 131, ал. 1 от Закона за здравето**; нивото на компетентност на структурите; медицинските специалности, по които се осъществява дейността; клиниките и отделенията, в които се осъществява дейността, както и клинико-диагностичните структури, с техните нива на компетентност; адресът, на който се осъществява дейността).*

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(съответните промени се записват изчерпателно, включително адреса, на който се извършват)*

**Представят се само документи относно промяната и такива, чийто срок на валидност е изтекъл, придружени с декларация за липсата на промяна във всички останали документи и обстоятелства.**

**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;

 Диплома за съответното висше образование на лицата, управляващи лечебното заведение, а за лицата по чл. 63, ал. 1, съответно и диплома, свидетелство или удостоверение за квалификация по здравен мениджмънт или диплома, или свидетелство за придобита образователна и/или научна степен, специалност или преминато обучение за повишаване на квалификацията по чл. 43 от Закона за висшето образование в областта на здравния мениджмънт;

 Данните от документа за самоличност - за членовете на управителните и контролните органи на лечебното заведение;

 Стандартните оперативни процедури, които съдържат подробни писмени описания на последователността и начина на извършване на дейностите по трансплантация за всеки специфичен процес, материалите и методите, които ще се използват, и очаквания резултат - за тъканните банки;

 Документи за платена държавна такса по чл. 49, ал. 5 от ЗЛЗ и по чл. 46 от Закона за здравето;

 Декларация по чл. 50, ал. 2 от Закона за лечебните заведения.

**С уважение:…………………….*(подпис****)*

**Дата:……………………202...г.**

**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**по чл. 50, ал. 2 от Закона за лечебните заведения**

От..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(трите имена на лицето/лицата, представляващо/и лечебното заведение)*

Изпълнителен директор/Управител на: ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

*(пълно наименование на лечебното заведение по търговска регистрация)*

ЕИК…………………………,

седалище и адрес на управление:.……………………………………………………………………

Декларирам, че липсва промяна във всички останали документи и обстоятелства, освен заявените и удостоверени нови обстоятелства. Известна ми е наказателната отговорност за деклариране на неверни данни, съгласно чл. 313 от Наказателния кодекс.

дата……………………… Декларатор:………………………………….

гр………………………... *(подпис)*